



EDITAL DE CREDENCIAMENTO n° 01/2025 - CBMDF
HOSPITAIS GERAIS, HOSPITAIS ESPECIALIZADOS, ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ASSEMBLADOS
(Substitui o EDITAL DE CREDENCIAMENTO n° 01/2024 - CBMDF, publicado no DODF 223, de 22 de novembro de 2024, pg. 74)

O DISTRITO FEDERAL, POR INTERMÉDIO DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF), torna público que credenciará entidades e profissionais para futuras contratações para prestação de serviços em saúde, com base na Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, no Decreto Distrital nº 44.330, de 16 de março de 2023, observadas as recomendações do Parecer Jurídico nº 29/2023-PGCONS/PGDF, protocolo nº 108303887, e as condições previstas neste edital.

1. DO OBJETO

1.1. Formação de rede credenciada, no Distrito Federal, composta de entidades e de profissionais de saúde, para complementação de meios para prestação de assistência à saúde dos bombeiros-militares, dependentes e pensionistas, por intermédio de **HOSPITAIS GERAIS, HOSPITAIS ESPECIALIZADOS, ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ASSEMBLADOS**, conforme especificações, quantitativos e condições estabelecidos neste Edital e **Termo de Referência 83, protocolo SEI 164665643, Anexo I.**

2. DO DIA, HORA E LOCAL

2.1. A partir do dia **21 de março de 2025**, a Seção de Credenciamento da Diretoria de Saúde do CBMDF (SACRE) iniciará, por intermédio do endereço eletrônico <https://www.cbm.df.gov.br/credenciamento-em-saude/> o cadastramento de interessados no credenciamento.

2.1.1. A Seção de Credenciamento do CBMDF está localizada na Diretoria de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal – sito na SAIS – Qd. 04 Lote 05 – sala SEAFS – Asa Sul – CEP 70602-900–Brasília – DF.

2.1.2. A SACRE do CBMDF poderá dirimir dúvidas sobre o processo de credenciamento pelo endereço eletrônico disau.sacre@cbm.df.gov.br.

2.1.3. Os interessados deverão apresentar, por meio eletrônico, a documentação para avaliação da comissão de credenciamento.

3. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL, PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS E DOS RECURSOS

3.1. Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este edital ou pedir esclarecimentos em razão de eventuais desconformidades com a legislação de regência ou diante de dúvidas sobre os seus termos.

3.1.1. As impugnações e pedidos de esclarecimentos poderão ser apresentados no prazo de **até 03 (três) dias úteis**, contados da publicação deste edital.

3.1.2. As impugnações e pedidos de esclarecimentos devem ser encaminhadas digitalmente para o endereço eletrônico disau.sacre@cbm.df.gov.br e conter, obrigatoriamente, sob pena de não serem conhecidos:

a) O assunto do e-mail deverá ser: "**Impugnação - Edital de Credenciamento nº 01/2025-CBMDF**" ou "**Pedido de Esclarecimento - Edital de Credenciamento nº 01/2025-CBMDF**"

b) Nome e endereço da instituição;

c) Data e assinatura, esta com a menção do cargo e nome do signatário;

d) Objeto da petição, com a indicação clara dos atos e documentos questionados;

e) Fundamentação do pedido e anexos em formato "*.PDF";

f) Documentos de representação ao peticionário na forma do item 6.2.1;

3.1.3. Acolhida a impugnação ou prestado o esclarecimento, o interessado será comunicado da decisão e informado das providências adotadas para o atendimento do pleito.

3.1.4. A impugnação feita tempestivamente pelo interessado não o impedirá de participar do credenciamento até a decisão final da Administração.

3.1.5. A impugnação feita tempestivamente em desfavor de outra instituição candidata ao credenciamento, não impedirá a instituição impugnada de participar do processo de credenciamento até a decisão administrativa final.

3.2. Das decisões sobre pedidos de impugnação caberá recurso, no **prazo de 03 (três) dias úteis**, a contar da intimação do interessado.

4. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1. O credenciamento implica a aceitação, pela credenciada, de forma integral e irretroatável dos termos deste edital, de seus anexos, bem como na observância dos Regulamentos Administrativos e das Normas Técnicas pertinentes.

4.2. Poderão ser credenciadas/contratadas todas as entidades que atendam a todas as condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

4.3. Poderão participar do presente credenciamento os profissionais organizados sob a forma de cooperativa.

4.4. Não será permitido que uma mesma instituição participe em mais de uma proposta.

4.5. **Estarão impedidas de participar**, direta ou indiretamente, deste credenciamento:

4.5.1. Autor do Termo de Referência.

4.5.2. Instituição, isoladamente ou em consórcio, da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, controlador, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto, responsável técnico ou subcontratado.

4.5.3. Servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pelo credenciamento.

4.5.4. Pessoa jurídica que se encontre impossibilitada de contratar com o Distrito Federal em decorrência de sanção que lhe foi imposta.

4.5.5. Pessoa Jurídica declarada inidônea por órgão ou entidade da Administração Pública direta ou indireta.

4.5.6. Pessoa Jurídica que estejam incluídas no Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa disponível no Portal do Conselho Nacional de Justiça (CNU).

4.5.7. Pessoa Jurídica que conste da relação de inidôneos disponibilizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

4.5.8. Pessoa jurídica cujo dirigente, administrador, proprietário ou sócio com poder de direção seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral, por consanguinidade ou por afinidade, até o segundo grau:

a) que possua contratos, em andamento, de serviço terceirizado no CBMDF;

b) que seja agente público cuja posição no CBMDF seja hierarquicamente superior ao chefe da unidade responsável pelo credenciamento;

4.5.9. Pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação deste edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista.

4.5.10. Empresa que se encontrem sob falência, recuperação judicial ou extrajudicial, concurso de credores, dissolução, liquidação, entidades empresariais estrangeiras que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa e judicialmente, bem como aquelas que tenham sido declaradas inidôneas, ou que estejam cumprindo punição de suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual, Municipal ou Distrital.

4.5.10.1. Admitir-se-á empresa em recuperação judicial ou extrajudicial, desde que seja apresentado plano recuperação acolhido e homologado judicialmente, desde que se demonstre, na fase de habilitação, a sua viabilidade econômica, em conformidade com o Parecer nº 135/2021 - PGCONS/PGDF.

4.5.11. Instituições que possuam entre seus diretores ou responsáveis técnicos ou sócios, bombeiros militares ativos, inativos, pensionistas e dependentes legais com direito a assistência em saúde reconhecidos pelo CBMDF.

4.6. É vedada a subcontratação de pessoa física ou jurídica, se aquela ou os dirigentes desta mantiverem vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do CBMDF ou com agente público que desempenhe função no CBMDF ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou se deles forem cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral, ou por afinidade, até o terceiro grau, conforme §3º do Art. 122 da Lei 14.133/2021.

5. DA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO

5.1. Os interessados deverão acessar o link <https://www.cbm.df.gov.br/credenciamento-em-saude/> e seguir as etapas para cadastro.

5.2. Os documentos digitais anexados deverão ser perfeitamente legíveis, sem rasuras, emendas ou entrelinhas, devidamente datados e assinados;

5.3. A proposta, apresentada em meio digital, deverá seguir os parâmetros do modelo apresentado no Anexo II ao presente edital, contendo:

5.3.1. Carta-proposta, digitalizada e assinada, conforme modelo contido no Anexo II do presente edital:

a) A carta proposta deverá ser rubricada em todas as suas páginas, com a assinatura do representante legal da proponente e a data corrente indicadas ao final;

b) Deverá estar no formato "*.PDF";

5.3.2. Conter as seguintes declarações:

a) Declaração de fato superveniente, conforme modelo contido no Anexo III do presente edital;

b) Declaração de equipamentos de maior relevância, conforme modelo contido no Anexo IV do presente edital;

c) Declaração de responsabilidade técnica, conforme modelo contido no Anexo V do presente edital;

d) Declaração de não utilização de mão de obra infantil/ trabalho menor aprendiz, conforme modelo contido no Anexo VII do presente edital;

e) Declaração de concordância com as políticas de glosa e de valores a serem praticadas pelo CBMDF, conforme modelo contido no Anexo VIII do presente edital;

f) Declaração de inexistência de nepotismo, conforme modelo contido no Anexo IX do presente edital;

g) Declaração de inexistência de vínculo com o CBMDF, conforme modelo contido no Anexo X do presente edital;

5.3.2.1. Todas as certidões deverão estar em formato "*.PDF";

5.3.3. Documentos de habilitação, conforme **item 6** deste edital;

5.3.4. O (s) arquivo(s) não pode(m) ultrapassar o tamanho de 10 Mb;

5.3.5. Todos os documentos poderão ser assinados eletronicamente, desde que a autenticidade possa ser conferida pela internet.

5.4. Caso a documentação atenda os requisitos estabelecidos, a Seção de Credenciamento (SACRE) responderá a mensagem informando o número do processo eletrônico para habilitação da instituição ao credenciamento.

5.5. Uma mensagem será encaminhada ao proponente, caso a documentação esteja em desacordo com o Edital;

5.6. Será concedido o período de **2 (dois) dias úteis** para que o proponente adeque a documentação para a habilitação ao credenciamento (art. 152 do Decreto Distrital 44.330/2023).

5.6.1. Transcorrido esse prazo, a solicitação para a habilitação ao credenciamento será encerrado administrativamente.

6. DA HABILITAÇÃO

6.1. A atuação do processo de habilitação para o credenciamento só será realizada mediante a apresentação do SICAF, que deve trazer os documentos de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista e econômico-financeira.

6.1.1. **A inscrição do proponente no SICAF é obrigatória, para fins de habilitação no presente credenciamento.**

6.1.2. A proponente cuja habilitação parcial no SICAF acusar no demonstrativo “Consulta Situação do Fornecedor”, algum documento com validade vencida, deverá encaminhar o respectivo documento a fim de comprovar a sua regularidade.

6.1.3. É obrigatória, independente do nível de cadastramento no SICAF, a apresentação dos documentos referentes à habilitação técnica (subitens 6.4 a 6.4.9).

6.1.4. **Nos casos de habilitação parcial no SICAF, deverão ser apresentados os documentos faltantes relativos às habilitações Jurídica, Fiscal, Social e trabalhista, Econômico-Financeira e Técnica, conforme os subitens seguintes:**

6.2. COMPROVAÇÃO DA HABILITAÇÃO JURÍDICA

6.2.1. Documento de identificação contendo todos os dados dos responsáveis legais da instituição a ser credenciada/contratada.

6.2.2. Registro comercial, no caso de empresário individual;

6.2.3. No caso de sociedades empresárias, ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente inscrito no Registro Público de Empresas Mercantis.

6.2.3.1. Deverá ser apresentado a documentação de eleição dos seus administradores, quando não constar do próprio ato constitutivo.

6.2.4. Em caso de empresa de sociedade simples, ato constitutivo averbado no Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

6.2.5. Para as sociedades empresárias estrangeiras em funcionamento no país, deverá ser apresentado o ato administrativo de autorização para funcionamento no Brasil.

6.2.6. Procuração por instrumento público, ou por instrumento particular com o devido reconhecimento de firma em cartório, comprovando a delegação de poderes para assinatura e rubrica dos documentos integrantes da habilitação e propostas, quando estas não forem assinadas por diretor(es), com poderes estatutários para firmar compromisso.

6.2.7. Registro no Cadastro de Pessoa Física- CPF ou no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual.

6.3. REGULARIDADE FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA

6.3.1. Prova de inscrição no cadastro de contribuinte Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

6.3.2. Prova de regularidade para com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal ou Distrital, do domicílio ou sede do licitante;

6.3.3. Prova de Regularidade junto à Fazenda Nacional (Débitos e Tributos Federais), à Dívida Ativa da União e junto à Seguridade Social (contribuições sociais previstas nas alíneas “a” a “d” do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 – contribuições previdenciárias e as às de terceiros), fornecida por meio da Certidão Negativa, ou Positiva com Efeito de Negativa, de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;

6.3.4. Para instituições com sede e/ou domicílio fora do Distrito Federal, certidão Negativa de Débitos ou certidão positiva com efeito de negativa, emitida pela Secretaria de Estado de Fazenda do Governo do Distrito Federal, em plena validade, que poderá ser obtida através do site www.fazenda.df.gov.br; (Inteligência do art. 173, da LODF);

6.3.5. Certificado de Regularidade perante o FGTS;

6.3.6. Certidão de regularidade relativa a débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, em plena validade, que poderá ser obtida no site www.tst.jus.br/certidao.

6.3.7. Para todas as certidões referentes à regularidade fiscal e trabalhista, serão aceitas certidões positivas com efeitos de negativa.

6.3.8. As certidões que não apresentarem em seu teor, data de validade previamente estabelecida pelo Órgão expedidor, deverão estar datadas dos últimos 90 (noventa) dias, contados da data de envio a apresentação da documentação de habilitação.

6.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

6.4.1. Certificado de Registro da instituição a ser credenciada/contratada, associação, cooperativa no respectivo conselho de classe.

6.4.2. Indicação do pessoal técnico, das instalações e do aparelhamento adequados e disponíveis para a execução do objeto do credenciamento pretendido, bem como da qualificação de cada membro da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos, conforme Anexo IV deste Edital.

6.4.3. Comprovante de inscrição da instituição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, obtido no site <https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/>.

6.4.4. Termo de responsabilidade técnica expedido pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal ou Vigilância Sanitária do Distrito Federal, Anotação no Registro de Licenciamento Eletrônico ou no Certificado de Registro junto ao respectivo Conselho de Classe.

6.4.5. Prova de capacitação técnico-profissional, apresentada na forma de:

6.4.5.1. Comprovação de que a instituição possui em seu Quadro Permanente de Pessoal, na data da entrega da documentação, profissional reconhecido pelo Conselho Regional da(s) atividade(s) pertinente(s) do objeto, que será o responsável técnico pela execução dos serviços.

6.4.5.2. A comprovação de vínculo de que trata o item 6.4.5.1 ocorrerá por meio de cópia autenticada da CTPS - Carteira de Trabalho e previdência Social, Contrato de Prestação de Serviços, sem vínculo trabalhista e regido pela legislação civil comum ou qualquer documento revestido de fé pública, para o empregado, ou do Contrato Social da Empresa, para o sócio ou proprietário.

6.4.5.3. A comprovação exigida no item 6.4.5.1. deverá ser acompanhada de prova de que os profissionais possuem, pelo menos, 3 (três) anos de efetivo exercício profissional na área de atuação específica, exceto se os respectivos profissionais apresentarem título de especialistas expedido pelas sociedades responsáveis pelo controle da especialidade ou ainda comprovação de conclusão de residência médica.

6.4.5.4. Comprovação por meio de certidões ou atestados, regularmente emitidos pelo conselho profissional competente, quando for o caso, que demonstrem capacidade operacional na execução de serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior, bem como documentos comprobatórios emitidos da atuação da instituição no cumprimento da obrigação assumida devendo constar a avaliação realizada, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado em indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas.

6.4.6. Registro de Licenciamento de Empresas (RLE) / REDESIM ou documento equivalente.

6.4.6.1. Na falta do RLE ou equivalente, a empresa/instituição interessada poderá apresentar, até a data de assinatura do contrato, termo de compromisso ou equivalente, firmado junto ao órgão competente, pelo qual se comprometa sanear todas as pendências que impedem a obtenção do mesmo.

6.4.6.2. Em todo caso, o RLE deve ser apresentado ao CBMDF até o fim do primeiro ano de vigência do contrato de prestação de serviços.

6.4.7. As comprovações de qualidade técnica deverão guardar relação com objeto que a instituição pretenda se credenciar.

6.4.8. Nada consta no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS, disponível em: o site (<https://certidoes.cgu.gov.br/>).

6.4.9. Apresentação da Tabela de Corpo Clínico conforme modelo disponibilizado no Anexo VI do presente edital.

6.5. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

6.5.1. Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais.

6.5.2. Pessoas Jurídicas constituídas há menos de 2 (dois) anos da data da solicitação junto ao CBMDF deverão substituir a apresentação dos demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura.

6.5.3. Certidão Negativa de falência, de recuperação judicial ou extrajudicial (Lei nº 11.101, de 9.2.2005), expedida pelo distribuidor da sede da instituição, datado dos últimos 30 (trinta) dias, ou que esteja dentro do prazo de validade expresso na própria Certidão.

6.5.3.1. No caso de praças com mais de um cartório distribuidor, deverão ser apresentadas as certidões de cada um dos distribuidores.

6.5.3.2. É admitida a participação de empresa em recuperação judicial ou extrajudicial, desde que apresente plano de recuperação acolhido ou homologado judicialmente, que demonstre, a sua viabilidade econômica.

6.6. DEMAIS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

6.6.1. Declaração de não emprego de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, conforme Anexo VII.

6.6.2. A instituição somente será habilitada no(s) item(ns) em que apresentar o certificado de registro compatível com o objeto.

6.6.3. Licença para Funcionamento, fornecida pelo Departamento de Fiscalização da Vigilância Sanitária – DF.

6.6.4. Declaração de concordância com as políticas de glosa e de valores estipulado pelo CBMDF para os respectivos serviços, segundo cada especialidade, conforme modelo que segue como Anexo VIII a este edital.

6.6.5. Para o credenciamento de associações médicas, cooperativas ou assemelhadas com personalidade jurídica, além da documentação acima referida, deverá ser apresentada declaração de que seus associados prestam serviço às instituições proponentes ao presente credenciamento junto ao CBMDF.

6.6.5.1. As associações responderão solidariamente pelos atos praticados por seus associados, no exercício da profissão, ocorridos por dolo ou culpa, quando no atendimento ao público usuário do sistema de saúde do CBMDF, em clínicas ou hospitais credenciados.

6.6.6. As associações médicas, cooperativas ou assemelhadas deverão apresentar relação de seus associados, com a respectiva especialidade médica. Não será admitida a falta de profissional da especialidade apresentada para atendimento, ficando a credenciada/contratada sujeita às sanções previstas neste edital.

6.6.7. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original ou por cópia autenticada em cartório competente.

6.6.8. As certidões que não tiverem o prazo de validade expresso deverão estar datadas dos últimos 90 (noventa) dias, exceto aquelas cuja validade for indeterminada.

6.6.9. Todos os documentos apresentados deverão estar em nome da proponente, devidamente identificada com o mesmo número de CNPJ.

6.7. Não há impedimento que um mesmo interessado, quando couber, seja credenciado para executar mais de um objeto, desde que possua tais requisitos de habilitação para o serviço pleiteado.

6.7.1. A instituição poderá apresentar de uma vez só a documentação exigida, salvo se as exigências de capacidade técnica forem diferenciadas, devendo, neste caso, apresentar complementação da documentação relativa a este quesito.

7. DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

7.1. A SACRE será responsável pela análise dos documentos enviados ao CBMDF.

7.2. A documentação encaminhada será acostada ao processo de habilitação ao credenciamento.

7.3. Caso a documentação enviada pelo proponente esteja em desacordo com o previsto no edital, a SACRE indicará as correções a serem efetuadas e abrirá um prazo de 2 (dois) dias úteis para adequação da proposta (art. 152 do Decreto Distrital 44.330/2023).

7.3.1. Após o prazo, a proposta inadequada será encerrada;

7.4. Será disponibilizado ao proponente o número do processo autuado.

7.5. Os documentos que tiverem prazo de validade expirados no decorrer do processo de credenciamento, deverão ser renovados e entregues pelo interessado, como requisito para a finalização da tramitação do processo de credenciamento.

7.6. Os interessados poderão solicitar credenciamento, a qualquer tempo, durante a vigência deste edital.

- 7.7. A Seção de Credenciamento poderá suspender a conferência de documentos, sempre que julgar necessária a análise dos documentos apresentados pelos interessados, objetivando confirmar as informações prestadas.
- 7.8. Dúvidas sobre o a adequação da proposta poderão ser sanadas pelo endereço eletrônico disau.sacre@cbm.df.gov.br.

8. DA VISTORIA

- 8.1. As vistorias técnicas nos estabelecimentos interessados ao credenciamento, serão realizados após a entrega e conferência dos documentos à SACRE, como condição para continuidade do processo.
- 8.2. As vistorias serão realizadas de forma inopinada em datas e horários não informados pelo CBMDF ao proponente.
- 8.3. A vistoria ocorrerá dentro dos dias e horários de funcionamento da instituição interessada, conforme carta proposta.
- 8.4. A vistoria a ser realizada pela SACRE seguirá as normas estabelecidas nas Resoluções da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC), bem como de suas atualizações e/ou outras normas técnicas que venham a sucedê-las, conforme especificado no **Termo de Referência 83 (164665643), Anexo I**.
- 8.4.1. A vistoria será balizada, também, pelas diretrizes específicas dos conselhos de classe pertinentes (CRM, CFM, CRP, CREFITO e outros), conforme especificado no **Termo de Referência 83 (164665643), Anexo I**.
- 8.4.2. A vistoria tem como objetivo verificar o atendimento às especificações técnicas das normativas, como: acessibilidade, tamanho de salas, configurações de banheiros, equipamentos obrigatórios para cada especialidade, baritação das salas de exames de imagem, etc.
- 8.5. O militar responsável pela vistoria, em regra, se apresentará fardado.
- 8.5.1. O militar poderá se apresentar em trajes civis, em situações específicas, mediante o porte da identidade militar, para facilitar a vistoria em locais de ambiente controlado que justifique o uso de EPI específico.
- 8.6. O militar poderá colher registros fotográficos para subsidiar a confecção do Relatório de Vistoria Técnica.
- 8.7. O processo de habilitação ao credenciamento será encerrado, caso:
- a) A instituição, de alguma forma, dificulte ou impeça deliberadamente a realização plena da vistoria.
- b) O endereço fornecido pela instituição esteja incorreto ou a instituição mude de endereço durante a habilitação ao credenciamento.
- 8.8. Caso o vistoriador encontre a instituição fechada dentro do horário de funcionamento informado, a instituição será notificada e o processo só terá andamento após justificativa da proponente.
- 8.8.1. Não havendo manifestação da proponente dentro do prazo de 30 (trinta) dias o processo eletrônico será encerrado.
- 8.9. O Relatório de Vistoria Técnica será anexado ao processo eletrônico.
- 8.10. Na hipótese de parecer desfavorável, o Relatório de Vistoria Técnica apresentará quais os itens descumpridos no edital de forma fundamentada.
- 8.10.1. Será disponibilizado um período de 30 (trinta) dias para que a instituição corrija os problemas encontrados pela vistoria.
- 8.10.2. A instituição deverá entrar em contato por meio do endereço disau.sacre@cbm.df.gov.br para identificar o setorial de que os problemas foram sanados.
- 8.10.3. Caso o parecer seja desfavorável pela segunda vez seguida o processo de credenciamento será encerrado.
- 8.11. A vistoria técnica poderá ocorrer mais de uma vez e em qualquer etapa do processo de credenciamento.
- 8.12. A vistoria técnica poderá ocorrer após o credenciamento da instituição.
- 8.13. O Relatório de Vistoria Técnica poderá subsidiar processo de descredenciamento de instituições;
- 8.14. A atualização de endereço de instituições credenciadas/contratadas pelo CBMDF ensejará em nova vistoria técnica para aprovação das novas instalações;
- 8.15. A reprovação em vistoria técnica de instituição já credenciada/contratada acarretará em descredenciamento ou rescisão do contrato.
- 8.15.1. A vistoria não substitui ou tem equivalência a vistorias para liberação de funcionamento de edificações ou correlatas, verificando apenas a adequação ao atendimento médico/hospitalar.

9. DA HOMOLOGAÇÃO DA HABILITAÇÃO E DO CREDENCIAMENTO

- 9.1. Toda a documentação apresentada e as informações colhidas serão objeto de análise pela Seção de Credenciamento (SACRE).
- 9.2. Caberá à SACRE emitir parecer, com vistas a verificar se o interessado atende aos requisitos constantes neste edital.
- 9.3. Na conclusão do parecer, a SACRE habilitará o proponente que atenda às regras editalícias ou indicará as disposições que impeçam a habilitação;
- 9.4. O resultado da habilitação será submetido ao Diretor de Saúde do CBMDF, a quem compete homologar o ato e credenciar os interessados mediante decisão própria, da qual deve fazer publicar extrato na imprensa oficial.
- 9.5. O credenciamento não garante ao interessado o direito à contratação;
- 9.6. O início da prestação dos serviços somente ocorrerá após a contratação da instituição pela Diretoria de Contratações e Aquisições do CBMDF e expedição de Ordem de Serviço pelo Diretor de Saúde do CBMDF.

10. DA DECLARAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

- 10.1. A contratação da instituição credenciada/contratada deverá ser precedida de declaração de inexigibilidade de licitação e está vinculada à distribuição de demanda descrita no **Termo de Referência 83 (164665643), Anexo I**, e de acordo com o Art. 74 da Lei Federal 14.133/2021.
- 10.2. Após o credenciamento e seguindo a distribuição de demanda, o processo será remetido para a Diretoria de Contratações e Aquisições do CBMDF.
- 10.3. A inexigibilidade de licitação será declarada por ato do Diretor de Contratações e Aquisições do CBMDF, que fará publicar extrato na imprensa oficial.

11. DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS RELATIVOS AO CREDENCIAMENTO

- 11.1. Fica garantido o **prazo de 3 (três) dias úteis** para a interposição de recursos às instituições interessadas, contados do primeiro dia útil após a publicação da homologação em DODF, conforme item 9.4 deste Edital.
- 11.2. O recurso será dirigido ao Diretor de Saúde do CBMDF, por intermédio da Seção de Credenciamento a qual poderá reconsiderar sua decisão, **no prazo de 05 (cinco) dias úteis**, ou, nesse mesmo prazo, fazê-lo subir, devidamente informado, devendo, neste caso, a decisão ser proferida dentro do **prazo de 05 (cinco) dias úteis**, contado do recebimento do recurso, sob pena de responsabilidade.
- 11.3. Somente poderá recorrer ou ofertar contrarrazões para o recurso, o representante legal, mandatário constituído ou pessoa expressamente credenciada/contratada legalmente pelo interessado (a) na forma do item 6.2.1 deste edital.
- 11.4. Os recursos interpostos contra atos praticados pela Seção de Credenciamento não terão efeito suspensivo, podendo o Diretor de Saúde do CBMDF, motivadamente e presentes razões de interesse público, atribuir eficácia suspensiva aos demais recursos, conforme disposto no art. 168 da Lei 14.133/2021.
- 11.5. Na fluência dos prazos para interposição do recurso ou impugnação as instituições poderão fazer vista dos autos no processo, devendo a solicitação ser encaminhada para o e-mail: disau.sacre@cbm.df.gov.br.
- 11.6. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

12. DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- 12.1. O contrato de prestação de serviços deverá ser assinado pelas instituições convocadas, após a declaração da inexigibilidade de licitação, no prazo de 5 (cinco) dias úteis contados da data da notificação, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste edital, nos arts. 155 e 156 da Lei n.º 14.133/2021.
- 12.1.1. Prazo para assinatura do contrato acima estabelecido poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela instituição credenciada/contratada, durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceite pelo CBMDF.
- 12.1.2. A recusa ou a não assinatura do contrato de prestação de serviços no prazo indicado, implicará no decaimento do credenciamento da instituição.
- 12.2. O contrato de prestação de serviços subordina-se à minuta que segue como Anexo XII a este edital e terá vigência de 05 (cinco) anos, prorrogável até o limite de 10 (dez) anos, conforme prescrições dos art. 106 e 107 da Lei Federal 14.133/2021.
- 12.3. O CBMDF designará fiscais para o contrato os quais serão incumbidos das atribuições contidas na Lei 14.133/2021 e demais normas de regência.
- 12.4. Será parte integrante do contrato este edital e seus anexos, independente de transcrição.
- 12.5. Para formalizar ou prorrogar o prazo de vigência do contrato de prestação de serviços, será verificada a regularidade fiscal da credenciada/contratada, incluindo nos autos processuais referentes ao contrato de prestação de serviços, as seguintes certidões:
- a) Regularidade no Sistema de Banco de Sações (CEIS/CNEP) (disponível em: <https://certidoes.cgu.gov.br/>);
- b) Certidão Negativa de Débitos trabalhistas;
- c) Certidão Negativa de Débitos junto a Secretaria de Fazenda do GDF.

13. DOS VALORES E CRITÉRIO DE REAJUSTE DE PREÇOS

- 13.1. Haverá a possibilidade de ajuste de preços, na forma do **Termo de Referência 83 (164665643), Anexo I**.
- 13.2. O reajuste de preços, quando aplicável, observará os critérios do **Termo de Referência 83 (164665643), Anexo I**.

14. DA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 14.1. No caso de descumprimento das normas estabelecidas neste Edital e seus anexos, o CBMDF poderá determinar a suspensão, preventiva e temporária, da prestação dos serviços pela credenciada/contratada, até a decisão exarada em processo administrativo próprio que observará o devido processo legal.
- 14.1.1. Comprovada culpa ou dolo por parte da credenciada/contratada, a Administração poderá decidir pelo descredenciamento, sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis.
- 14.2. A suspensão temporária da prestação dos serviços, também poderá ser requerida pela credenciada/contratada, desde que solicitada formalmente, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias corridos, da qual constarão a motivação do pedido e indicação do período e dos serviços que serão suspensos.
- 14.3. O pedido do descredenciamento será apreciado pela Seção de Acompanhamento de Contratos Continuados da Saúde (SACOT), que se manifestará em 30 (trinta) dias úteis.
- 14.4. Em hipótese alguma, haverá suspensão dos serviços, sem prévia anuência do CBMDF, sob pena de aplicação de penalidade.
- 14.5. Toda e qualquer suspensão da prestação dos serviços deverá ser precedida de Ordem de Suspensão emitida pelo Diretor de Saúde do CBMDF.

15. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA/CONTRATADA

- 15.1. Atender às disposições constantes no **Termo de Referência 83 (164665643), Anexo I**, e demais disposições legais que regem os serviços de saúde.
- 15.2. Apresentar aos fiscais do contrato, em caso de substituição do Responsável Técnico do estabelecimento, os documentos constantes nos itens 6.4.4; 6.4.5.1; 6.4.5.2 e 6.4.5.3 e 6.4.5.4 deste edital relativo ao substituto.
- 15.3. Permitir o livre acesso dos auditores do CBMDF (ou auditores contratados pela Corporação), aos prontuários dos beneficiários de saúde institucional, cobrando-lhes a respectiva identificação.
- 15.4. Apresentar estatística mensal aos fiscais do contrato de todo atendimento realizado, até o 5º dia útil do mês subsequente, por especialidade, especificando exames, consultas, procedimentos cirúrgicos e outros, bem como o código, com sua respectiva descrição e tabela utilizada relacionando com o número e a classificação de usuário do serviço.

- 15.5. Atender somente os usuários cadastrados no sistema de saúde do CBMDF (militares, pensionistas e dependentes).
- 15.5.1. O CBMDF não responderá aos serviços prestados à pessoas estranhas ao sistema.
- 15.6. Apresentar as faturas correspondentes aos serviços prestados na Seção de Protocolo da Diretoria de Saúde do CBMDF ou sistema informatizado próprio do CBMDF, os prazos conforme item 18.20 do presente edital, para que sejam apreciadas e dado o prosseguimento dos trâmites legais de pagamento.
- 15.6.1. Deverão ser entregues, fisicamente ou virtualmente, todas as documentações atinentes aos procedimentos realizados (guias, faturas, notas, recibos, etc).
- 15.6.2. Deverão ser emitidas faturas diferenciadas, separando militares, pensionistas e dependentes.
- 15.7. Informar imediatamente à Diretoria de Saúde, qualquer tentativa de violação às regras por parte de usuários do sistema de saúde do CBMDF, bem como, qualquer tentativa de beneficiamento ou o próprio beneficiamento de pessoa estranha ao sistema.
- 15.8. Utilizar os sistemas de tecnologia da informação definidos pelo CBMDF como padrão para o serviço de saúde dos usuários do sistema.
- 15.9. Apresentar quaisquer esclarecimentos que lhe forem solicitados oficialmente pela Diretoria de Saúde e suas Subunidades.
- 15.10. Faturar os serviços utilizados pelos beneficiários do sistema de saúde do CBMDF, única e exclusivamente por meio do contrato de prestação de serviços celebrado com o CBMDF, sendo estritamente proibido cobrar diretamente do beneficiário.
- 15.11. A credenciada/contratada deverá informar ao CBMDF acerca dos usuários que estejam em regime de internação ou em tratamento ambulatorial continuado, indicando o respectivo prestador, localidade, data de início do atendimento e previsão de término se houver.
- 15.11.1. O disposto no subitem anterior se aplica para os atendimentos autorizados pelo CBMDF.
- 15.12. Garantir sigilo das informações relacionadas aos serviços prestados aos beneficiários, sendo vedada qualquer tipo de divulgação, sem expressa autorização do CBMDF.
- 15.13. O contratado será responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros em razão da execução do contrato, e não excluirá nem reduzirá essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo contratante.
- 15.14. Somente o contratado será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.
- 15.14.1. A inadimplência do contratado em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transferirá à Administração a responsabilidade pelo seu pagamento e não poderá onerar o objeto do contrato nem restringir a sua execução.
- 15.15. Responder por quaisquer prejuízos que seus empregados ou prepostos vierem a causar a terceiros, decorrentes de ação ou omissão culposa ou dolosa, procedendo imediatamente aos reparos ou indenizações cabíveis e assumindo o ônus decorrente.
- 15.16. Manter, durante o período de vigência do credenciamento e do contrato de prestação de serviço, todas as condições que ensejaram o credenciamento, em especial no que tange à regularidade fiscal e capacidade técnico-operacional.
- 15.17. Apresentar, quando solicitado pelo CBMDF, relação completa dos profissionais, indicando os cargos, funções e respectivos nomes completos, bem como o demonstrativo do tempo alocado e cronogramas.

16. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 16.1. Indicar os fiscais para o contrato, conforme as disposições da Lei Federal 14.133/2021, no Decreto Distrital nº 32.598/2010, Instrução Normativa 05/2017 - MPOG, Portaria CBMDF 12/2022 e demais normas de regência;
- 16.2. Rejeitar os serviços executados em desacordo com as especificações técnicas presentes neste Edital, no **Termo de Referência 83 (164665643), Anexo I**, e seus anexos, no contrato e outras diretrizes aplicáveis.
- 16.3. Cumprir os compromissos financeiros assumidos com a CONTRATADA.
- 16.4. Fornecer e colocar à disposição da CONTRATADA, todos os elementos e informações que se fizerem necessários à execução dos serviços.
- 16.5. Notificar, formal e tempestivamente, salvo em situações de urgência ou emergência, a CONTRATADA sobre as irregularidades observadas no serviço.
- 16.6. Notificar a CONTRATADA, por escrito e com antecedência sobre multas, penalidades quaisquer, débitos de sua responsabilidade, bem como fiscalizar a execução do objeto contratado.
- 16.7. O CBMDF terá o prazo de 30 (trinta) dias úteis, prorrogáveis motivadamente por igual período, para decidir a respeito das solicitações e reclamações relacionadas aos serviços prestados pela credenciada/contratada.
- 16.7.1. Fica ressalvados os requerimentos manifestamente impertinentes, meramente protelatórios ou de nenhum interesse para a boa execução contratual, conforme determinado pelo Art. 123 da Lei 14.133/2021.
- 16.8. A DISAU poderá alterar a forma de recebimento de documentos, ampliando ou suprimindo a apresentação destes, desde que as instituições sejam informadas dos novos procedimentos.

17. DA FISCALIZAÇÃO

- 17.1. A execução dos serviços será acompanhada e fiscalizada pela DISAU, que anotará em registro próprio todas as ocorrências, determinando o que for necessário a regularização das faltas ou defeitos observados, além das atribuições contidas nas Normas de Planejamento, Orçamento, Finanças, Patrimônio e Contabilidade do Distrito Federal.
- 17.2. Não obstante a CONTRATADA seja única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços definidos neste edital e seus anexos, a CONTRATANTE reserva-se o direito de exercer a mais ampla fiscalização sobre os serviços, por intermédio de representante especificamente designado, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade.
- 17.3. No exercício de suas atribuições fica assegurado à fiscalização, sem restrições de qualquer natureza, o direito de acesso ao local do estabelecimento, bem como, a todos os elementos de informações relacionados aos serviços, quando julgados necessários pelo CBMDF.
- 17.4. As faturas emitidas pela credenciada/contratada serão auditadas pela Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde do CBMDF, sem prejuízo de outras ações de fiscalização.
- 17.5. A fiscalização da contratante não eximirá, em hipótese alguma, a contratada de quaisquer outras fiscalizações de órgãos oficiais quanto às obrigações tributárias, fiscais, trabalhistas e demais que se fizerem necessárias.
- 17.6. A fiscalização de que trata este Item 17 não exclui nem reduz a responsabilidade da contratada, inclusive perante terceiros por qualquer irregularidade, ou ainda, resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência deste, não implica corresponsabilidade da contratante ou de seus agentes e prepostos.
- 17.7. Quaisquer exigências da fiscalização inerentes ao objeto do presente edital deverão ser prontamente atendidas pela contratada, sem ônus para a contratante.
- 17.8. Caso necessário, a critério da Diretoria de Saúde, será realizada perícia de controle de procedimento em pacientes atendidos pelos credenciados.

18. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 18.1. O pagamento as instituições contratadas será realizado de acordo com a demanda, tendo por base a tabela de referência adotada.
- 18.2. Os pagamentos às contratadas serão feitos de acordo com as Normas de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Distrito Federal, mediante apresentação da Nota Fiscal.
- 18.3. A apresentação das faturas deverá observar o item 15 deste Edital.
- 18.4. A Nota Fiscal deverá ser emitida em nome do CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, CNPJ: 08.977.914/0001-19.
- 18.5. O pagamento será efetuado até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de apresentação da Nota Fiscal, desde que o documento de cobrança esteja em condições de liquidação de pagamento.
- 18.5.1. A fruição do prazo previsto no item anterior deixará de correr quando houverem pendências a serem sanadas pela contratada.
- 18.6. A Nota Fiscal apresentada para fins de pagamento deve ser emitida pelo mesmo CNPJ constante na Carta Proposta apresentada na fase de habilitação.
- 18.7. As Notas Fiscais apresentadas com CNPJ divergente da proposta de preços serão devolvidas pela Administração, para a devida correção (emissão de Nota Fiscal com o CNPJ correto).
- 18.8. Passados 30 (trinta) dias sem o devido pagamento por parte da Administração, a parcela devida será atualizada monetariamente, desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento de acordo com a variação "pro rata tempore" do IPCA (art. 2º do Decreto Distrital nº 37.121, publicado no DODF nº 31, de 17 de fevereiro de 2016).
- 18.9. O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal se reserva ao direito de, se necessário, contratar instituição especializada em auditoria, a fim de efetuar o acompanhamento e conferência nas cobranças, conforme parecer do Diretor de Saúde do CBMDF.
- 18.10. Para efeito de pagamento, a Contratada deverá apresentar, além das Notas Fiscais/Faturas, os documentos abaixo relacionados:
- a) Prova de Regularidade junto à **Fazenda Nacional** (Débitos e Tributos Federais), à **Dívida Ativa da União** e junto à **Seguridade Social** (contribuições sociais previstas nas alíneas "a" a "d" do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 – contribuições previdenciárias e as das de terceiros), fornecida por meio da Certidão Negativa, ou Positiva com Efeito de Negativa, de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União.
- b) Certidão de regularidade com a Fazenda do Distrito Federal, que poderá ser obtida por meio do site eletrônico www.fazenda.df.gov.br.
- c) Certificado de Regularidade perante o FGTS, fornecido pela Caixa Econômica Federal, devidamente atualizado, nos termos da Lei n.º 8.036, de 11.5.90.
- d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) ou certidão positiva com efeito de negativa, em plena validade e expedida pelo Tribunal Superior do Trabalho, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
- 18.11. Não será realizado pagamento antecipado, parcial ou total, relativo à prestação do serviço ao beneficiário.
- 18.12. Nenhum pagamento será efetuado à contratada enquanto pendente de apuração acerca de quaisquer descumprimentos contratuais constatados, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária (quando for o caso).
- 18.13. Poderão ser deduzidos dos créditos devidos à contratada os valores cobrados indevidamente ao beneficiário do sistema de saúde do CBMDF, conforme previsão estipulada no item 15.10 deste Edital, sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis.
- 18.14. Não serão efetuados quaisquer pagamentos de taxas ou sobretaxas em relação a tabela de pagamentos adotada.
- 18.15. Somente os atendimentos iniciados ou autorizados durante o período de vigência do contrato de prestação de serviços serão pagos pelo CBMDF, de acordo com o previsto neste edital e seus anexos, mesmo que seu término ocorra após a data de extinção.
- 18.16. Poderá o CBMDF, após efetuar a análise dos documentos de cobrança apresentados para pagamento, efetuar as glosas dos valores apresentados, deduzindo o valor destas da própria fatura e solicitar a emissão da respectiva Nota Fiscal.
- 18.17. As glosas que a credenciada/contratada considerar indevidas poderão constituir-se em recurso de glosa, para o referido recurso deverá ser encaminhado documentação comprobatória, não sendo admitida a sua reapresentação em caso de indeferimento.
- 18.18. Em caso de discordância dos valores glosados, a credenciada/contratada terá prazo de 30 (trinta) dias corridos, a contar da ciência da glosa, para contestar, por meio da apresentação de recurso, conforme Anexo XI, que deverá conter os seguintes dados:
- a) Número do processo em que ocorreu a glosa;
- b) Matrícula do beneficiário;
- c) Nome do beneficiário/paciente;
- d) Data do atendimento;
- e) Discriminação do(s) item(s) glosado(s);
- f) Valor do(s) item(s) glosado(s);
- g) Fundamentação para revisão da glosa.
- 18.19. Os prazos para recebimento e pagamento das faturas obedecerão ao seguinte cronograma:

- a) Entrega das faturas pela credenciada/contratada para serem auditadas em até 60 (sessenta) dias corridos, da data de atendimento ou alta do paciente;
- a1) Excetua-se da regra desta alínea os procedimentos cirúrgicos autorizados posteriormente à sua realização. Nestes casos, o prazo terá como marco referencial para início da contagem a referida autorização;
- a2) As faturas apresentadas fora do prazo serão auditadas e a contratada será notificada da aplicação de ajuste de pagamento, conforme regra prevista no Instrumento de Medição de Resultado;
- b) Apresentação da nota fiscal para pagamento em até 15 (quinze) dias corridos após a realização da auditoria e liberação da conta pelo CBMDF;
- c) Apresentação de recursos de glosa até 30 (trinta) dias corridos a partir da ciência, pela credenciada/contratada, das glosas efetuadas. Os recursos apresentados após este prazo serão considerados intempestivos e não serão recebidos pelo CBMDF;
- d) Pagamentos à credenciada/contratada dos valores devidos: os pagamentos serão efetuados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao dia da entrega da Nota Fiscal pela credenciada/contratada, obedecida a ordem cronológica de exigibilidade dos créditos, de acordo com Capítulo X da Lei 14.133/2021.
- 18.20. Quando a entrega da Nota Fiscal ocorrer simultaneamente à entrega da fatura, o prazo para pagamento, constante no subitem anterior, será contado a partir do primeiro dia útil subsequente ao término da análise da fatura pela Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde do CBMDF.
- 18.21. Não serão recebidas faturas com mais de 120 (cento e vinte) dias corridos da data de atendimento, salvo situações excepcionais a serem avaliadas pela Diretoria de Saúde.
- 18.22. O pagamento autorizado será efetuado conforme os valores vigentes na data do atendimento ao beneficiário, podendo ser aplicado fator deflator correspondente ao atraso nos termos do item 19.
- 18.23. O crédito será realizado em conta bancária indicada pela credenciada/contratada, o qual produzirá os efeitos jurídicos da quitação da prestação devida.
- 18.24. O CBMDF se reserva o direito de realizar os descontos relativos a pagamentos indevidos à credenciada/contratada em faturas futuras.
- 18.25. Todo pagamento efetuado pelo CBMDF aos credenciados será adequado ao Instrumento de Medição de Resultado (IMR), sem prejuízo das demais sanções previstas pelo edital e/ou legislação vigente.

19. INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO

- 19.1. Visando a implementação de um nível de eficiência mínimo na prestação dos serviços, o credenciado seguirá um Instrumento de Medição de Resultado (IMR), celebrado com o CBMDF como parte do contrato, correspondente à avaliação do cumprimento das obrigações contratuais.
- 19.2. Pela prestação inapropriada dos serviços, serão aplicados ajustes de pagamento pela fiscalização do contrato pelo não atendimento das metas e obrigações estabelecidas, conforme o demonstrado no Quadro 1 - Deflatores.
- 19.3. O IMR será aplicado após a credenciada reincidir na mesma intercorrência contratual.
- 19.4. Os ajustes de pagamento serão informados à contratada, mediante notificação da Auditoria, previamente à emissão da Nota Fiscal.
- 19.5. As intercorrências contratuais e o respectivo grau devem observar as regras do Quadro 2 - Intercorrências Contratuais e aplicam-se sem prejuízo da possibilidade de aplicação de penalidades que tenham como causa o descumprimento de outras regras contratuais.
- 19.6. Solicitações não resolvidas, por problemas do CBMDF atestadas pelo gestor do contrato, como alteração no horário de expediente administrativo e situações que impeçam a execução do serviço, serão consideradas para verificação do cumprimento do IMR.
- 19.7. Especificamente para efeito de adequações de pagamento, às intercorrências contratuais são atribuídos graus, conforme as tabelas a seguir:

Quadro 1 - Deflatores

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
I	2% do valor da Fatura
II	2,5% do valor da Fatura
III	5% do valor da Fatura

Quadro 2 - Intercorrências Contratuais

ITEM	INFRAÇÃO	GRAU
01	Entrega das faturas pela credenciada/contratada para serem auditadas após o prazo de 60 (sessenta) dias corridos da data de atendimento ou, se interno, da data da alta do paciente quando conta única ou da data de fechamento das parciais de internação.	III
02	Entrega das faturas pela credenciada/contratada para serem auditadas após o prazo de 60 (sessenta) dias corridos da data da autorização do procedimento cirúrgico quando esta for liberada posteriormente a realização do mesmo.	III
03	Envio da fatura pelo sistema informatizado do CBMDF e demais tramitações após o prazo de 15 (quinze) dias corridos da realização da auditoria e liberação da conta pelo CBMDF.	II
04	Envio de documentação ilegível ou falta de documentos necessários para o pagamento	I
05	Apresentar Notas Fiscais com CNPJ divergente do cadastrado junto ao CBMDF.	II
06	Apresentar requisição de pagamento com os dados bancários divergentes da Carta Proposta	III

Obs: Excetua-se da condição do item 01 os procedimentos cirúrgicos cujas autorizações ocorram posteriormente à realização. Neste caso, o prazo de 60 (sessenta) dias é contado da data da autorização.

20. DA EXTINÇÃO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E DESCREDECIMENTO

- 20.1. Após o credenciamento, fica garantido à contratada, o direito de descredenciamento a qualquer tempo, mediante notificação por escrito ao CBMDF, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos, respeitados os contratos firmados e sem prejuízo aos tratamentos iniciados dos beneficiários.
- 20.2. Será rescindido o contrato de prestação de serviços, por ato unilateral e escrito do CBMDF, nas seguintes hipóteses:
- I - Não cumprimento ou cumprimento irregular de normas editalícias ou de cláusulas contratuais;
- II - Desatendimento das determinações emitidas pelo CBMDF;
- III - Alteração da razão social ou modificação da finalidade ou da estrutura da contratada que restrinja sua capacidade de executar o contrato de prestação de serviços;
- IV - Decretação de falência ou de insolvência civil, dissolução da sociedade da contratada;
- V - Caso fortuito ou força maior, regularmente comprovados, impeditivos da execução do contrato;
- VI - Razões de interesse público, justificadas pelo CBMDF.
- 20.3. Quando não dispuser de créditos orçamentários suficientes para a continuidade da execução, o CBMDF poderá extinguir o contrato, sem ônus para a Administração.
- 20.3.1. A extinção mencionada no item 20.3 ocorrerá apenas na próxima data de aniversário do contrato e não poderá ocorrer em prazo inferior a 02 (dois) meses, contados da assinatura contratual.
- 20.4. Fica assegurado o contraditório e a ampla defesa da credenciada/contratada nos casos rescinditórios.
- 20.5. Em caso de extinção do contrato, o prazo para interrupção dos atendimentos não será inferior a 90 (noventa) dias corridos, contados da aceitação do CBMDF, ao pedido de rescisão do credenciamento, formulado pela contratada.
- 20.6. O CBMDF deverá informar à contratada sobre o procedimento a ser adotado, em relação aos usuários, após o término de vigência do contrato de prestação de serviços.
- 20.7. A credenciada/contratada não poderá solicitar a rescisão do contrato de prestação de serviços, caso esteja em curso processo de apuração de irregularidades na prestação de serviços.
- 20.8. No caso de rescisão do contrato de prestação de serviços, os tratamentos em curso deverão ser concluídos pela credenciada/contratada, exceto quando houver expressa manifestação técnica ou administrativa contrária do CBMDF.
- 20.9. A rescisão do contrato de prestação de serviços não eximirá a credenciada/contratada das garantias assumidas em relação aos serviços prestados e de outras responsabilidades legais a elas atribuídas.
- 20.10. A rescisão do Contrato enseja no descredenciamento da instituição.
- 20.11. A extinção do credenciamento não extingue o contrato firmado com a Administração nem desobriga o contratante da execução do objeto, assegurada a possibilidade de rescisão unilateral do contrato pela Administração por razões de interesse público.
- 20.12. São condutas passíveis de descredenciamento unilateralmente pelo CBMDF:
- a) Atender os usuários de forma discriminada ou faltar com a ética e urbanidade, com a devida comprovação dos fatos;
- b) Exigir garantia pecuniária aos usuários para assegurar o atendimento
- c) Cobrança direta aos usuários, de valores referentes a serviços prestados, a título de complementação de pagamento;
- d) Incidir na cobrança de serviços não executados e/ou reincidir na cobrança de serviços executados regularmente;
- e) Agir comprovadamente com má-fé, dolo ou fraude, causando prejuízos ao CBMDF;
- f) Receber mais de 2 (duas) advertências de mesma natureza, a critério da Diretoria de Saúde;
- g) Superfaturamento comprovado das contas médicas;
- h) Deixar de comunicar, no prazo de até 20 (vinte) dias corridos a contar da ocorrência, a alteração de dados cadastrais constantes da sua solicitação de credenciamento e da documentação apresentada no momento da habilitação;
- i) Deixar de comunicar à fiscalização do contrato alteração de instalações físicas que comprometam a prestação de serviços;
- j) Deixar de realizar quaisquer procedimentos que se propôs a efetuar, salvo quando, excepcionalmente, ocorrer a comunicação prévia e por escrito à Diretoria de Saúde, com no mínimo 5 (cinco) dias úteis de antecedência;
- k) Deixar de encaminhar previamente, documentação referente à inclusão/exclusão no corpo clínico de profissionais que atenderão aos usuários da saúde da CBMDF em casos que ensejem prejuízo no atendimento dos usuários;
- l) Deixar de manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para o credenciamento, nos termos do inciso XVI do artigo 92 da Lei Federal n. 14.133/2021;
- 20.13. Durante a vigência deste edital de credenciamento, incluídas as suas republicações, o CBMDF, a seu critério, poderá convocar por ofício os credenciados para nova análise de documentação, quando serão exigidos os documentos que comprovem a manutenção das condições apresentadas quando do cadastramento para o credenciamento do interessado, sob pena de descredenciamento.
- 20.13.1. A partir da data em que for convocado para apresentar a documentação atualizada, o credenciado terá até 5 (cinco) dias úteis para enviá-la, por meio eletrônico.
- 20.13.2. A análise da documentação deverá ser realizada em prazo igual ao do cadastramento para o credenciamento, cuja decisão está sujeita a recurso na forma deste Regulamento.
- 20.14. Durante a vigência do credenciamento, os credenciados deverão manter todas as condições exigidas para a habilitação relacionadas às condições de credenciamento, sob pena de descredenciamento.

21. DAS SANÇÕES

- 21.1. Fica reservado o direito ao CBMDF a prerrogativa de acautelar a apuração administrativa de faltas contratuais pelo contratado, inclusive após a extinção do contrato, conforme alínea "b", Art. 104 da Lei 14.133/2021
- 21.2. Pelo descumprimento de quaisquer cláusulas do presente edital, mora ou inexecução parcial ou total das obrigações assumidas, serão aplicadas as penalidades estabelecidas nos Arts. 156 e 162 da Lei 14.133/2021 e legislações vigentes correlatas.
- 21.3. A aplicação das sanções de natureza pecuniária e restritiva de direitos pelo não cumprimento das normas previstas neste edital e dos contratos dele decorrentes, serão obedecidas, no âmbito da Administração Direta, Autárquica, Fundacional e das instituições públicas do Distrito Federal, as normas estabelecidas no referido Decreto Distrital.

22. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 22.1. O presente edital destina-se a habilitar instituições interessadas ao credenciamento junto a Administração e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos.
- 22.2. Os atos decorrentes deste credenciamento serão públicos a partir da abertura do credenciamento.
- 22.3. Para a contagem dos prazos previstos nesse edital serão contados excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o dia do vencimento
- 22.3.1. Os prazos expressos em dias corridos serão computados de modo contínuo.
- 22.3.2. Os prazos expressos em dias úteis, serão computados somente os dias em que ocorrer expediente administrativo no CBMDF.
- 22.3.3. Considera-se dia de começo de prazo, o primeiro dia útil seguinte ao da disponibilização da informação na internet ou e-mail, se este for o caso.
- 22.3.4. Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte, se o vencimento cair em dia em que não houver expediente, se o expediente for encerrado antes da hora normal ou se houver indisponibilidade da comunicação eletrônica.
- 22.3.5. Os prazos estabelecidos neste edital, a critério da administração e de forma motivada, poderá prorrogar por iguais e sucessíveis períodos ressalvados os estipulados em Lei.
- 22.4. Não serão aceitas alegações futuras, declaração de desconhecimento de fatos, estados, totalidades, partes ou detalhes que impossibilitem ou dificultem a execução dos serviços.
- 22.5. Qualquer modificação no presente edital será divulgada pela mesma forma que se deu o texto original.
- 22.6. Quaisquer consultas ou pedidos de esclarecimentos em relação a eventuais dúvidas de interpretação deste edital e de seus anexos que não puderem ser dirimidas verbalmente deverão ser encaminhados, por escrito, ao e-mail disau.sacre@cbm.df.gov.br.
- 22.7. Os proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados, em qualquer época.
- 22.8. É facultada à Seção de Credenciamento ou autoridade superior, a qualquer momento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a completar a instrução do processo de habilitação ao credenciamento.
- 22.9. Serão aceitos documentos assinados eletronicamente com certificação digital, desde que possam ter autenticidade conferida por meio da internet.
- 22.10. Fica facultado ao CBMDF, em qualquer fase do credenciamento ou vigência do contrato de prestação de serviços, a promoção de diligências por meio de inspeção nas instalações e equipamentos, pelos militares da Seção de Credenciamento ou comissão designada, os quais emitirão parecer técnico sobre as condições de atendimento dos usuários do CBMDF.
- 22.11. Os casos omissos ao presente edital serão resolvidos pela Diretoria de Contratações e Aquisições, por intermédio da Seção de Credenciamento, que deverá, subsidiariamente, valer-se das disposições legais vigentes aplicáveis ao assunto.
- 22.11.1. O Diretor de Contratações e Aquisições reserva-se à prerrogativa de reexame da matéria, a seu critério, desde que tal se justifique ou recomende.
- 22.12. A cópia deste edital e seus anexos estarão disponíveis para download na página do CBMDF (www.cbm.df.gov.br)
- 22.13. As instituições e ou representantes interessados, credenciados e contratados se obrigam a acompanhar o Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) para serem notificados de possíveis alterações.
- 22.14. A Corporação, de acordo com suas necessidades, poderá convidar qualquer entidade de saúde alcançável pelo citado documento, para que esta se credencie junto ao CBMDF, captando dessa forma, aquelas instituições que não tomaram conhecimento da publicação do respectivo instrumento.
- 22.15. O CBMDF poderá encerrar o edital de credenciamento a qualquer tempo, conforme a conveniência e oportunidade da Administração.
- 22.16. O período de inscrição estará permanentemente aberto ou, mediante justificativa, estar suspenso em determinado prazo, desde que seja reaberto em até 1 (um) ano.
- 22.17. Fica assegurado o direito dos usuários a apresentarem denúncia junto ao CBMDF sobre qualquer irregularidade na prestação dos serviços.
- 22.18. Fica estabelecido o foro de Brasília-DF para dirimir as questões contratuais.

23. ANEXOS

- 23.1. **Anexo I** - Termo de Referência 83/2025;
- 23.2. **Anexo II** - Modelo de Carta Proposta;
- 23.3. **Anexo III** - Modelo de declaração de fato superveniente;
- 23.4. **Anexo IV** - Modelo de declaração de instalações, equipamentos e materiais disponíveis para o credenciamento;
- 23.5. **Anexo V** - Modelo de declaração de responsabilidade técnica;
- 23.6. **Anexo VI** - Modelo de Tabela de Corpo Clínico;
- 23.7. **Anexo VII** - Modelo de declaração de não utilização mão de obra infantil/ menor aprendiz;
- 23.8. **Anexo VIII** - Modelo de declaração de concordância com as políticas de glosa e de valores a serem praticadas pelo CBMDF.
- 23.9. **Anexo IX** - Modelo de declaração de inexistência de nepotismo;
- 23.10. **Anexo X** - Modelo de declaração de inexistência de vínculo com o CBMDF;
- 23.11. **Anexo XI** - Quadro referencial dos motivos de glosa;
- 23.12. **Anexo XII** - Formulário de recusa de glosa;
- 23.13. **Anexo XIII** - Minuta de contrato;

Sueli Bomfim de Matos Pereira - Cel. QOBM/Comb.
Diretora de Contratações e Aquisições do CBMDF

Anexo I ao Edital de Credenciamento 01/2025 - CBMDF

TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025

1. OBJETO

- 1.1. Formação de rede credenciada, no Distrito Federal, composta de entidades e de profissionais da área de saúde, para complementação da assistência à saúde, por meio de **HOSPITAIS GERAIS, HOSPITAIS ESPECIALIZADOS, ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ASSEMBLHADOS**, conforme especificações, quantitativos e condições estabelecidos neste Termo de Referência.

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

- 2.1. O acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde é direito de todos os cidadãos, conforme expresso na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196.
- 2.2. Esta garantia se estende aos bombeiros militares, seus dependentes e pensionistas nos termos das Leis nº 7.479 de 2 de junho de 1986, nº 10.486 de 4 de julho de 2002, nº 8.255 de 20 de novembro de 1991, nº 12.086 de 6 de novembro de 2009 e regulamentado pelo Decreto Distrital 26.876/2006.
- 2.3. Esse direito é concretizado pelo Sistema de Saúde da Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), composto pelo conjunto de órgãos, instituições e pessoas físicas, prestadores de serviços de saúde aos bombeiros militares, seus dependentes e pensionistas.
- 2.4. A Diretoria de Saúde - DISAU é setor da corporação responsável pela gestão dos serviços de saúde do CBMDF, exercendo a função de ordenação de despesas, especificamente quanto aos créditos e recursos relacionados com sua área de competência.
- 2.5. Atualmente existem cerca de 30.317 (trinta mil, trezentos e dezessete) beneficiários do Sistema de Saúde do CBMDF, sendo: 6.115 Servidores Ativos, 4.087 Veteranos, 1.960 Pensionistas e 18.154 Dependentes (Filhos, Cônjuges e Pais), conforme levantamento mais recente.
- 2.6. Contudo, a estrutura logística e de pessoal próprios do CBMDF não são suficientes para prestar os serviços em todas as especialidades médicas e nem para atender toda a demanda.
- 2.7. Diante disso, o CBMDF conta com rede de hospitais credenciados, para fins de prestação de assistência suficientemente adequada aos beneficiários. Atualmente os contratos de prestação de serviços estão lastreados no Edital 001/2018, elaborado com supedâneo na Lei 8.666/1993. Porém, com a promulgação da Nova Lei de Licitações nº 14.133/202 faz-se necessário lançar novo edital e celebrar novos contratos lastreados na novel norma.
- 2.8. De acordo com o art. 6º do Decreto Distrital 44.613/2023 restou determinado que "Os credenciamentos realizados nos termos do disposto no caput do art. 25 da Lei nº 8.666, de 1993, deverão ser extintos até 31 de dezembro de 2024."
- 2.9. No regime jurídico anterior, o CBMDF contava com 8 hospitais credenciados e com o lançamento do Edital 001/2024 em 18 de junho de 2024 buscou recompor essa rede. Entretanto, passados quase 5 meses desde a publicação, apenas dois hospitais se credenciaram, o que pode ser considerado um verdadeiro fracasso do procedimento, conforme exposição contida no Memorando 86 (153429199).
- 2.10. Neste cenário, foram recebidas propostas de empresas, os quais foram submetidas ao setor técnico da Diretoria de Saúde, o qual promoveu a revisão dos parâmetros, inclusive de preços, fixados no Edital 001/2024, conforme documentos acostados a estes autos sob os protocolos: 155240654, 155240933, 155241310, 155242181, 155387160, 155387160, 155504192 e 155504192. Com este conjunto de documentos, foi elaborado um novo Pedido de Execução de

Serviços - PES 7 (155882199), documento que compila todas as alterações propostas pelo setor técnico da Diretoria de Saúde. Ao final, houve republicação do edital em 22 de novembro de 2024, conforme DODF 223, p. 74.

Como resultado, logrou-se êxito parcial na recomposição da rede credenciada, vez que o Hospital Santa Marta, localizado em Taguatinga, apresentou requerimento e foi contratado. Com isso, passou-se a contar com serviços de obstetrícia, que até então não estava disponível.

Todavia, ainda hoje há falta de cobertura para algumas especialidades. Além disso, o atendimento aos usuários que residem na Região Norte do Distrito Federal (Sobradinho, Planaltina) continua bastante dificultada, mormente para os casos de emergência.

3. JUSTIFICATIVA DA NÃO ADOÇÃO DO SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS

3.1. De acordo com o inciso II do art. 40 da Lei nº 14.133/2021, as compras, quando pertinente, serão processadas através de Sistema de Registro de Preços e em consonância, o art. 190 do Decreto Distrital nº 44.330/2023 especifica:

Art. 190. O Sistema de Registro de Preços será adotado, preferencialmente:

I - quando, pelas características do bem ou serviço, houver necessidade de contratações frequentes;

II - quando for conveniente a aquisição de bens com previsão de entregas parceladas ou contratação de serviços remunerados por unidade de medida ou tarefa;

III - quando for conveniente a aquisição de bens ou a contratação de serviços para atendimento a mais de um órgão ou entidade, ou a programas de governo; ou

IV - quando, pela natureza do objeto, não for possível definir previamente o quantitativo a ser demandado pela Administração.

§ 1º O Sistema de Registro de Preços, no caso de obras e serviços de engenharia, somente poderá ser utilizado se atendidos, cumulativamente, os seguintes requisitos:

I - existência de projeto padronizado, sem complexidade técnica e operacional;

II - necessidade permanente ou frequente de obra ou serviço a ser contratado; e

III - haja compromisso do órgão participante ou aderente de suportar as despesas das ações necessárias à adequação do projeto padrão às peculiaridades da execução.

3.2. A presente contratação não se enquadra nos pré-requisitos acima citados pois trata-se de **serviço de saúde sob demanda, conforme estipulado neste Termo de Referência, através do sistema de Credenciamento.**

4. JUSTIFICATIVA DO NÃO AGRUPAMENTO DE ITENS

4.1. O procedimento de credenciamento para contratações paralelas e não excludentes, não permite agrupamento de itens, sob risco de desvirtuar os objetivos da contratação.

5. DA SUBCONTRATAÇÃO

5.1. Será permitida a subcontratação para as atividades complementares ou auxiliares à realização do serviço principal, ou seja, que não constituem o escopo principal do objeto.

6. ESPECIFICAÇÃO, REMUNERAÇÃO E CONDIÇÃO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO.

6.1. EXIGÊNCIAS MÍNIMAS COMUNS A TODOS OS CREDENCIADOS

6.1.1. Todos os credenciados deverão oferecer seus serviços utilizando-se de instalações físicas, equipamentos e materiais em quantidade e qualidade adequados, bem como, com equipe técnica em quantidade e nível de capacitação adequados, devidamente comprovados e alinhados às normas vigentes (ANEXO "I").

6.1.2. As condições previstas no item anterior serão verificadas durante a realização da vistoria prevista no Edital de Credenciamento.

6.1.3. Todos os prestadores de serviço deverão manter-se em conformidade com as exigências previstas nas legislações vigentes, normas e demais dispositivos delimitadores de regras, principalmente os estabelecidos pelas respectivas entidades reguladoras ou aquelas investidas de responsabilidade sobre a questão.

6.1.4. Os estabelecimentos credenciados deverão oferecer seus serviços aos beneficiários do Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal mediante a entrega de autorização formal por parte da Administração, salvo em caso de permissão de autoridade competente ou nos casos de urgência e emergência, sempre atendendo, em suas ações, as especificações e exigências previstas neste Termo de Referência.

6.1.5. As credenciações ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, não podem exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento de contratos, termos de responsabilidade, entre outros, como condição para o atendimento médico-hospitalar, já que tais práticas contrariam as normas legais, bem como o Edital de Credenciamento.

6.1.6. Atender ao disposto na regulação da ANVISA e demais órgãos representantes dos conselhos de classe, quanto às instalações físicas, materiais, técnicas e procedimentos, mediante vistoria prévia do CBMDF nos termos do presente Termo de Referência.

6.2. TIPOS DE ESTABELECIMENTOS APTOS AO CREDENCIAMENTO

6.2.1. Estabelecimentos do tipo Hospital Geral, para oferta de procedimentos médicos, odontológicos, clínicos ou cirúrgicos, em caráter eletivo e/ou de emergência/urgência;

6.2.2. Estabelecimentos do tipo Hospital Especializado, para oferta de procedimentos médicos ou odontológicos, clínicos ou cirúrgicos, em caráter eletivo e/ou de emergência/urgência; e

6.2.3. Associações, cooperativas ou entidades assemelhadas, com personalidade jurídica própria, que ofertem serviços na área de saúde.

6.2.4. Hospital Geral

6.2.5. A credenciada deverá oferecer os serviços previstos legalmente para o desenvolvimento de suas atividades, enquadrando-se, especialmente, nas Portarias nº 186 de 02 de março de 2016, nº 745 de 13 de dezembro de 2004, nº 467 de 30 de agosto de 2005 e nº 717 de 28 de setembro de 2006, todas do Ministério da Saúde.

6.2.6. Deverá oferecer atendimento emergencial e de urgência em regime de plantão (24h por dia), no mínimo, nas seguintes áreas:

I - Cardiologia;

II - Cirurgia Geral;

III - Clínica Médica;

IV - Ortopedia; e

V - Pediatria.

6.2.7. A credenciada poderá oferecer, além das especialidades obrigatórias, quaisquer outras especialidades ou subespecialidades clínicas, contando favoravelmente para a parceria;

6.2.8. A credenciada poderá oferecer serviço de transporte/remoção de pacientes oficialmente regulamentado/autorizado, cujo acionamento caberá preferencialmente às autoridades titulares da Diretoria de Saúde do CBMDF ou Médico de Dia do CBMDF;

6.2.9. Estrutura física, aporte ferramental e qualificação da equipe imprescindíveis:

I - Deverá possuir centro cirúrgico equipado com, no mínimo, 04 (quatro) salas de cirurgia, contendo material de videolaparoscopia e videoartoscopia em cada uma das salas;

II - Deverá possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) apartamentos para internação, do tipo suite, com serviço de hotelaria ao paciente incluído;

III - Cada suite deverá possuir, no mínimo, acomodação para acompanhante; aparelho de TV; armário ou estante para a guarda de pertences; climatização por meio de janela ou ar-condicionado;

IV - O hospital deverá contar com, no mínimo, 10 (dez) leitos de UTI adulto;

V - Contar com, no mínimo, 04 (quatro) leitos de UTI pediátrica;

VI - O hospital deverá contar com laboratório de análises clínicas e agência transfusional, com estrutura para atendimento de 24 (vinte e quatro) horas;

VII - Para o credenciamento do Hospital, o laboratório de análises clínicas deverá apresentar certificado de Acreditação, emitidos por entidade competente na área, bem como participar de programas de controle de qualidade externos, apontando nível de excelência nos resultados obtidos;

VIII - Deverá contar, com suporte de estrutura de radiologia e diagnóstico por imagem, em regime de 24 (vinte e quatro) horas, devendo apresentar equipamentos para realização de tomografia computadorizada, ultrassonografia, ressonância magnética, RX (incluindo aparelho de RX portátil para realização de exames nos pacientes nos leitos);

IX - Deverá contar com laboratório de anatomia patológica e de citopatologia;

X - Os laboratórios de anatomia patológica e citopatologia deverão apresentar nível de excelência em programas de controle de qualidade externo;

XI - Contar com serviço de hemodinâmica, incluindo estudo eletrofisiológico, com todas as derivações e suporte ao paciente cardíaco;

XII - Contar com serviço de neurocirurgia e cirurgia cardíaca, em regime de 24 horas;

XIII - Contar com equipamentos ou tecnologias de diagnóstico (clínico-cirúrgico) e/ou terapêutico, em situações em que se fizerem necessários;

6.2.10. Como deve funcionar o serviço:

O estabelecimento deverá oferecer serviços médico-hospitalares em geral, e clínico-cirúrgicos, em caráter eletivo ou de emergência/urgência, com suporte para a realização de todos os exames complementares especializados que forem necessários aos bombeiros militares, pensionistas e seus dependentes legais, incluindo serviços de terapia intensiva;

6.2.11. Outras questões a serem observadas:

Por ocasião do credenciamento e consequente cálculo dos valores a serem remunerados, a instituição será obrigatoriamente submetida à classificação de nosocômio (ANEXO "A");

6.2.12. Hospital Especializado

6.2.13. A credenciada deverá oferecer os serviços previstos legalmente para o desenvolvimento de suas atividades, enquadrando-se, especialmente, nas Portarias nº 186 de 02 de março de 2016, nº 745 de 13 de dezembro de 2004, nº 467 de 30 de agosto de 2005 e nº 717 de 28 de setembro de 2006, todas do Ministério da Saúde;

6.2.14. O estabelecimento deverá oferecer serviços médico-hospitalares e clínico-cirúrgicos, em caráter eletivo ou de emergência/urgência, oferecendo suporte para a realização de todos os exames complementares especializados que forem necessários aos bombeiros militares, pensionistas e seus dependentes legais;

6.2.15. Deverá contar com atendimento na área da especialidade proposta em regime de 24 horas;

6.2.16. Contar com suporte de laboratório de análises clínicas;

6.2.17. Para o credenciamento do Hospital, o laboratório de análises clínicas deverá apresentar certificado de Acreditação, emitidos por entidade competente na área, bem como participar de programas de controle de qualidade externos, apontando nível de excelência nos resultados obtidos;

6.2.18. Contar com suporte para diagnóstico por imagem;

6.2.19. A credenciada poderá oferecer serviço de transporte/remoção de pacientes oficialmente regulamentado/autorizado, mesmo que de forma terceirizada, cujo acionamento, caberá preferencialmente às autoridades titulares da Diretoria de Saúde do CBMDF ou Médico de Dia;

6.2.20. Estrutura física, aporte ferramental e qualificação da equipe, imprescindíveis:

6.2.20.1. Deverá possuir centro cirúrgico e/ou sala de pequenas cirurgias, equipados adequadamente para os procedimentos especializados;

6.2.20.2. Deverá possuir acomodação adequada para o repouso do paciente após o procedimento diagnóstico e/ou terapêutico, caso seja necessário;

6.2.20.3. Deverá contar com, no mínimo, 04 (quatro) leitos de UTI adulto;

- 6.2.20.4. Contar com equipamentos ou tecnologias de diagnóstico (clínico-cirúrgico) e/ou terapêutico.
- 6.2.21. Como deve funcionar o serviço:
- 6.2.21.1. O estabelecimento deverá oferecer no mínimo um serviço médico-hospitalar especializado e clínico-cirúrgico, em caráter eletivo ou de emergência/urgência, com suporte para a realização de vários exames voltados a sua especialidade.
- 6.2.22. Outras questões a serem observadas:
- Por ocasião do credenciamento e consequente cálculo dos valores a serem ressarcidos, a instituição será obrigatoriamente submetida a classificação de nosocômio, conforme (ANEXO "A");
- 6.2.23. **Associações, Cooperativas ou Entidades Assemelhadas**
- 6.2.24. A entidade deverá, por meio de seus associados, oferecer um ou mais serviços ligados à saúde, seja na área médica, odontológica, psicológica, fisioterápica, etc.
- 6.2.25. Intermediação financeira, ou seja, recebimento de honorários e outros decorrentes de trabalho dos profissionais associados e automático repasse dos valores devidos, àquele ou àqueles que executaram o serviço para a contratante.
- 6.2.26. Estrutura física, aporte ferramental e qualificação da equipe, imprescindíveis:
- 6.2.27. Cada associado da entidade deverá estar cadastrado, regularizado e com o respectivo Registro de Qualificação de Especialista (RQE) junto ao seu competente Conselho de Classe;
- 6.2.28. Funcionamento do serviço em casos emergenciais:
- 6.2.29. Havendo qualquer paciente necessitando de atendimento nas instalações de alguma credenciada do CBMDF, a Diretoria de Saúde, ou a própria credenciada que estiver atendendo o paciente, acionará a competente associação, cooperativa ou pessoa jurídica assemelhada;
- 6.2.30. A contratada, ciente da situação de saúde em que se encontra o paciente, deverá escolher um profissional ou uma equipe de profissionais adequada para realizar o atendimento ao paciente;
- 6.2.31. O profissional ou equipe escolhida deverá dirigir-se até a credenciada que estiver com a guarda do paciente, a fim de prestar-lhe os serviços necessários, in loco;
- 6.2.32. Caso a credenciada em que o paciente esteja não seja adequada para seu atendimento, a entidade deverá indicar outra credenciada do CBMDF mais conveniente, mediante justificativa, devendo a Corporação providenciar a remoção do paciente para o ambiente indicado, a fim de que receba o atendimento por parte do profissional ou equipe destacada;
- 6.2.33. Os honorários dos profissionais da contratada serão pagos à entidade e os gastos com materiais, diárias, uso de aparelhos, medicamentos e outros, fornecidos ou pertencentes à credenciada que estiver atendendo o paciente, serão pagos à respectiva credenciada;
- 6.2.34. Caso a contratada que esteja atendendo o paciente possua vínculo com a entidade credenciada que prestará o atendimento, a fatura dos serviços prestados ao paciente poderá abranger o gasto geral total, devendo ser discriminado no referido documento, os valores dos honorários médicos.
- 6.2.35. Funcionamento do serviço em casos eletivos:
- 6.2.36. O paciente que se encontrar em qualquer estabelecimento de saúde credenciado ao CBMDF poderá ser atendido por profissionais da entidade contratada, desde que a fatura apresentada pela credenciada englobe os gastos totais e gerais, ou os gastos da credenciada e da segunda credenciada sejam apresentados em separado;
- 6.2.37. Sendo adequado, havendo possibilidade e necessidade, a entidade credenciada poderá ser acionada pelos órgãos da Diretoria de Saúde para que seus profissionais prestem o serviço necessário ao paciente nas instalações de saúde da própria Corporação, utilizando seus ambientes e materiais;
- 6.2.38. Outras questões a serem observadas:
- 6.2.39. Considerar-se-á sempre o rol de associados mais atualizado da entidade como sendo o de prestadores do serviço, o qual poderá coincidir ou não com o rol original de profissionais associados, entregue no ato da propositura de credenciamento;
- 6.2.40. Alterações no rol de associados deverão ser imediatamente comunicadas, formalmente, à Seção de Credenciamento (SACRE);
- 6.2.41. Estando credenciada a Associação, Cooperativa ou pessoa jurídica assemelhada, todos os seus associados estarão automaticamente obrigados a prestar seus serviços aos pacientes de saúde do CBMDF, não podendo a entidade selecionar somente alguns de seus componentes para o credenciamento;
- 6.2.42. Após o credenciamento não será admitida a ausência de profissional na(s) especialidade(s) credenciada(s), ficando a contratada sujeita às sanções previstas neste Termo de Referência e demais normativos.
- 6.2.43. Os serviços da Hemodinâmica serão classificados, utilizando a Tabela 5 - sala de exames/procedimentos, no nível tipo B.
- 6.3. DA MANUTENÇÃO DO CREDENCIAMENTO**
- 6.3.1. A credenciada deverá oficializar ao CBMDF as alterações que afetem os seguintes itens, sob pena de descredenciamento e demais sanções previstas no Edital:
- a) Endereço de suas instalações físicas;
- b) CNPJ;
- c) Nome Fantasia;
- d) Razão Social;
- e) Domicílio Bancário;
- f) Telefones de contato;
- g) Nome de responsáveis/representantes diretos;
- h) Rol de serviços oferecidos, ato constitutivo, estatuto, contrato social da empresa ou equivalente, licença de funcionamento ou termo de responsabilidade técnica, mediante a apresentação de cópia autenticada e autorização legal, se for o caso.
- 6.3.2. Não será permitida a inserção de procedimentos não reconhecidos oficialmente pelas respectivas entidades representativas ou reguladoras, tais como o Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Conselho Federal de Medicina (CFM); Conselho Federal de Psicologia (CFP); Conselho Federal de Odontologia (CFO); e outros;
- 6.3.3. As modificações neste Termo de Referência poderão implementar ajustes, correções, obrigações ou desobrigações;
- 6.3.4. As credenciadas podem ampliar ou reduzir o rol de serviços prestados ao CBMDF, sendo necessário para isso, entregar ofício à Seção de Credenciamento (SACRE), expondo seus motivos, acompanhado de toda a documentação exigida ou necessária à situação, a fim de que sejam feitas as adequações formais em seu contrato e/ou nos sistemas informatizados da Corporação. Tais alterações entrarão em vigor a partir da concordância manifestada por parte da Seção de Credenciamento (SACRE);
- 6.3.5. Caso o hospital tenha interesse em realizar serviços ambulatoriais previstos nos demais editais de credenciamento, deverá realizar credenciamento em edital específico.
- 6.3.6. O CBMDF poderá solicitar o uso das instalações dos hospitais credenciados, para a realização de procedimentos por profissionais da DISAU, neste caso os custos serão remunerados conforme este Termo de Referência à exceção dos honorários médicos e odontológicos dos profissionais do CBMDF.
- 6.3.7. Enquanto vigente o edital, a Corporação, de acordo com suas necessidades, poderá credenciar novas instituições;
- 6.4. DA AUDITORIA**
- 6.4.1. O serviço de auditoria em serviços de saúde fiscalizará a rede credenciada/contratada respeitando os regramentos internos em vigor do CBMDF e demais normas que regulem a atividade;
- 6.4.2. Sujeitar-se-á a contratada, mesmo que de forma inopinada, a mais ampla e irrestrita fiscalização, por parte dos fiscais de contrato, dos auditores ou daqueles delegados pelo CBMDF, ficando a credenciada obrigada a conceder acesso a todas as áreas da unidade hospitalar e a prestar todos os esclarecimentos solicitados, bem como atender às reclamações formuladas no prazo estipulado;
- 6.4.3. A credenciada proporcionará ao auditor todas as condições para que possa exercer seu trabalho, dando-lhe suporte administrativo, acesso pleno a todas as instalações, aos recursos necessários e aos documentos relacionados ao paciente;
- 6.4.4. A credenciada destinará aos auditores, vagas gratuitas para estacionamento privativo de qualquer veículo militar ou privado quando em situações de uso previstas neste Termo de Referência;
- 6.4.5. Acesso a internet, para utilização com máquina própria, e computador com acesso a internet;
- 6.4.6. Não poderá ser negado ao auditor em saúde o acesso a quaisquer documentações, relatórios, prontuários e prescrições ou exames relacionados aos beneficiários do Sistema de Saúde do CBMDF. Caso seja necessário, o auditor poderá tirar ou obter cópia(s) dos documentos ou exames supracitados, com o objetivo de verificar a execução do serviço ou a finalidade dos procedimentos, sob expensas da contratada;
- 6.4.7. Será permitido, pelo hospital, que os auditores acompanhem cirurgias e demais procedimentos em pacientes beneficiários do Sistema de Saúde do CBMDF, dando-lhes todo o apoio necessário;
- 6.4.8. Caso o auditor necessite de esclarecimentos acerca de procedimentos, a credenciada deverá apresentar e/ou enviar os exames complementares solicitados para a correta avaliação das intervenções;
- 6.4.9. Os auditores em saúde, quando do exercício de suas funções, não poderão em hipótese alguma sofrer quaisquer tipos de pressões e/ou ameaças para autorizar procedimentos com os quais não concordem, especialmente quando estiverem realizando auditorias externas nas clínicas e hospitais credenciados;
- 6.4.10. Nas auditorias *in loco*, o auditor do CBMDF realizará tratativas apenas com o auditor designado pela credenciada para atendimento ao CBMDF;
- 6.4.11. Argumentações serão exclusivamente de caráter técnico baseadas em informações constantes no prontuário; neste Termo de Referência; consensos e determinações de órgãos de referência, como Ministério da Saúde, ANS e ANVISA, por exemplo, além de literatura científica bem estabelecida;
- 6.4.12. Não será aceito NENHUM protocolo institucional que não tenha sido previamente validado pela DISAU/CBMDF;
- 6.4.13. A auditoria avaliará todas as contas e guias apresentadas pela contratada;
- 6.4.14. Internações prolongadas deverão ser divididas obrigatoriamente em parciais de 5 (cinco) dias, exceto a última que registra a alta ou óbito do paciente, que pode ter menos dias ou variar até 1 (um) dia a mais;
- 6.4.15. Cada item cobrado deve ser relacionado individualmente conforme o dia em que foi realizado ou utilizado, seja material; medicamento; exame; honorário; ou outros, inclusive de Centro Cirúrgico;
- 6.4.16. Preferencialmente, o hospital apresentará os itens das despesas detalhadas por data de atendimento;
- 6.4.17. Procedimentos, exames ou materiais que não possuam base científica na melhor literatura não serão autorizados e serão glosados. Para tanto, a auditoria utilizar-se-á sempre do melhor nível de evidência disponível na literatura científica. Assim, autorizar-se-ão os procedimentos de eficiência e eficácia comprovados com o melhor custo-benefício para o paciente e para o CBMDF;
- 6.4.18. Procedimentos considerados de urgência ou emergência não serão submetidos à auditoria prévia, devendo o paciente ser prontamente atendido pela credenciada, no intuito de preservar sua saúde. Entretanto, fica o profissional que atendeu, obrigado a confeccionar um relatório sobre o caso, justificando a necessidade de atendimento não eletivo, para que seja anexado à fatura da credenciada;
- 6.4.19. Nos casos de procedimentos emergenciais ou de urgência os auditores do CBMDF farão a auditoria posteriormente, podendo ser realizada in loco ou não;
- 6.4.20. Caso seja autorizada a realização de certa quantidade de procedimentos ao paciente, porém a credenciada realize procedimentos a mais, a Auditoria irá pagar somente pelos procedimentos autorizados inicialmente, salvo se a credenciada justificar formalmente seus atos e a Auditoria acatar sua justificativa;
- 6.4.21. A auditoria avaliará a correlação entre o diagnóstico (ou hipótese diagnóstica), a indicação do pedido/relatório e a finalidade do procedimento, podendo não o autorizar caso não haja evidência científica de alto nível que o respalde, autorizando, portanto, o melhor tratamento comprovado cientificamente para o paciente;
- 6.4.22. Para a auditoria das contas relativas aos atendimentos do CBMDF será analisado o prontuário em sua totalidade, isto é, serão consideradas as evoluções dos diversos profissionais envolvidos, o preenchimento correto do balanço hídrico (obrigatório em UTI), as prescrições médicas e as prescrições dos demais profissionais. Havendo qualquer desacordo de informações nos documentos do prontuário, o serviço ou material descrito poderá não ser pago, ou então, ser pago de forma a implicar em menor custo para o CBMDF;
- 6.4.23. Todas as documentações oficiais originárias da parceria, incluindo as relativas às cobranças, receiptários, atestados e outras entregues diretamente aos beneficiários, devem conter a assinatura e o carimbo com nome e respectivo registro do profissional na entidade responsável (CRM, CRO, etc.). Além disso, tais documentações deverão ser expedidas utilizando-se papel timbrado, contendo preferencialmente a logo e obrigatoriamente, o nome, endereço, telefone e CNPJ da credenciada;

- 6.4.24. Toda e qualquer documentação emitida pelos profissionais das credenciadas que faça menção a procedimentos médicos, exames, tratamentos, etc., deverá discriminá-los brevemente, citar seus respectivos CID's e obrigatoriamente seus respectivos códigos identificadores, definidos em tabelas oficiais que regulam o assunto, tais como: CFP, CBHPM, TUSS, RNHF, CBHO etc, sob pena de não serem aceitos e terem de ser corrigidos;
- 6.4.25. A análise ou liberação de procedimentos não constantes nas tabelas médicas, odontológicas, fisioterapêuticas, psicológicas ou outras estabelecidas por este Termo de Referência, será arbitrada pela Seção de Auditoria em Serviços de Saúde (SEAUD), com anuência da Seção de Credenciamento (SACRE), assim como os valores a serem pagos por estes;
- 6.4.26. Reclamações ou demandas envolvendo os auditores deverão obrigatoriamente ser direcionadas formalmente ao Chefe da Seção de Auditoria em Saúde ou ao Diretor de Saúde. Em nenhuma hipótese o auditor deverá ser diretamente questionado. Objetiva-se, assim, manter a independência da Auditoria;
- 6.4.27. A credenciada assume total ciência da legislação e demais documentos normativos que regem os serviços de auditoria em saúde, especialmente o manual de auditoria do CBMDF, a legislação militar, incluindo as Leis Federais 14.133/21 e 6.681/79.
- 6.5. DOS ATENDIMENTOS SERIADOS**
- 6.5.1. Atendimentos seriados como curativos e medicações injetáveis de uso prolongado serão considerados como atendimentos eletivos ambulatoriais, mesmo se realizados em ambiente de Pronto Socorro e, portanto, requerem emissão de guia com o número previsto de eventos a serem liberados.
- 6.5.2. A credenciada fará a guarda da guia de autorização do CBMDF, bem como do pedido médico original desde o primeiro atendimento e o paciente deverá registrar, nessa mesma guia, a data e a devida assinatura a cada vez que comparecer para ser atendido.
- 6.5.3. Considerando que se trata de atendimento de caráter eletivo para procedimento específico, não caberá cobrança de consulta e nem taxa de registro.
- 6.5.4. Ao finalizar a totalidade de atendimentos liberados ou pela não necessidade de prosseguimento a credenciada procederá o faturamento do bloco de atendimentos gerados pela guia como fatura única, porém relacionando cada dia de atendimento com os devidos gastos. Anexará a guia com as várias datas e assinaturas do paciente; a cópia do documento; o pedido médico original, as evoluções; lacres, se cabível; e outros documentos relativos aos atendimentos.
- 6.5.5. Qualquer atendimento eletivo seriado que seja faturado de forma desvinculada à guia e ao pedido médico originais serão glosados.
- 6.6. DA RECEPÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DOS PACIENTES**
- 6.6.1. Considerações iniciais:**
- 6.6.2. Nas ações administrativas, o paciente menor de idade ou aquele impossibilitado de cumprir a ação ou obrigação que lhe recai, poderá ser substituído pelo seu responsável ou representante;
- 6.6.3. Não havendo determinação diferente, voltada à sua área de credenciamento, as contratadas poderão receber pacientes emergenciais, de urgência e eletivos. Erros nesse critério não serão custeados pela contratante;
- 6.6.4. As credenciadas ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, não podem exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento de contratos, termos de responsabilidade, entre outros, como condição para o atendimento médico-hospitalar, já que tais práticas contrariam as normas legais, bem como as condutas passíveis de descredenciamento unilateral por parte do CBMDF previstas no Edital de Credenciamento.
- 6.6.5. A credenciada somente poderá exigir a assinatura das guias de atendimento ou outros documentos comprobatórios da execução de serviços.
- 6.6.6. **Regra geral de identificação dos pacientes:**
- 6.6.7. O paciente com idade superior a 14 (quatorze) anos completos deverá se identificar apresentando a via original de um dos seguintes documentos oficiais com foto e número de CPF:
- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH); ou
- c) Carteira de Certificação Profissional.
- 6.6.8. A credenciada deverá entrar no Sistema de Saúde do CBMDF e verificar se o paciente faz jus ao atendimento, ou seja, confirmar se é de fato beneficiário da Corporação;
- 6.6.9. A credenciada deverá fazer a conferência entre os dados contidos no documento de identificação e os contidos na "Guia de Autorização". Havendo a necessidade de "Pedido Médico", tal conferência também será necessária;
- 6.6.10. A credenciada deverá comparar a foto contida no documento, com a face do paciente, verificando tratar-se realmente do portador;
- 6.6.11. Poderá ser admitida a validação do paciente através de sistema de identificação biométrico que o CBMDF venha a adotar;
- 6.6.12. Do atendimento a menores de 14 (quatorze) anos:
- 6.6.12.1. Seu responsável deverá entregar à credenciada a versão original do "Pedido Médico" (se for o caso) e da "Guia de Autorização" devidamente assinada pelo mesmo;
- 6.6.12.2. O responsável pelo menor deverá, concomitantemente, apresentar os seguintes documentos, também em versões originais:
- a) Seu próprio documento de identificação oficial com foto (documento do responsável); e
- b) Certidão de Nascimento ou documento oficial com foto do menor, com CPF.
- c) A credenciada deverá comparar a foto contida no documento, com a face do paciente, verificando tratar-se realmente do portador;
- d) Poderá ser admitida a validação do paciente através de sistema de identificação biométrico do CBMDF;
- 6.6.13. **Regras gerais de registro de pacientes eletivos:**
- 6.6.14. Paciente eletivo é aquele que, gozando de saúde estável, cumpriu os protocolos de atendimento corporativo, retirando uma "Guia de Autorização" junto ao CBMDF, que o autoriza ser atendido na entidade credenciada desejada;
- 6.6.15. O paciente deverá apresentar-se à credenciada entregando-lhe a via original da "Guia de Autorização" assinada;
- 6.6.16. Doravante, citado o termo "Pedido Médico", entenda-se se tratar dele próprio, ou de qualquer outro pedido de procedimento emitido por determinado profissional de saúde;
- 6.6.17. Nos casos em que o paciente precise realizar exames ou procedimentos, deverá entregar também o "Pedido Médico" original, contendo:
- a) Papel timbrado ou impresso contendo o nome do profissional ou entidade;
- b) CID ou equivalente, se for o caso;
- c) Código TUSS ou equivalente, se for o caso;
- d) Nome do paciente;
- e) Data;
- f) Carimbo com número do respectivo Conselho Regional do profissional ou Certificação Digital válida;
- g) Assinatura do profissional de saúde.
- 6.6.18. Cumpridas as exigências acima, a credenciada deverá tirar uma cópia do documento de identificação do paciente e guardá-la junto com o "Pedido Médico" ORIGINAL (se for o caso) e a "Guia de Autorização" assinada;
- 6.6.19. A credenciada fará a juntada e a guarda de todos os documentos envolvidos:
- a) Guia de Autorização original assinada pelo paciente;
- b) Pedido Médico original (se for o caso);
- c) Cópia do documento de identificação com CPF do responsável; e
- d) Cópia do documento de identificação do menor com CPF.
- 6.6.20. A credenciada está proibida de atender o paciente eletivo, caso ocorra alguma das seguintes situações:
- a) A "Guia de Autorização" não seja apresentada, não seja original, fora do prazo, esteja rasurada, não assinada ou que possua danos que comprometam a leitura dos seus dados essenciais;
- b) Nos casos de exames ou procedimentos, o "Pedido Médico" não seja apresentado, não seja original, esteja rasurado ou possua danos que comprometam a leitura dos seus dados essenciais;
- c) O documento de identificação do paciente ou responsável não seja apresentado, não seja original, esteja rasurado ou possua danos que comprometam a leitura dos seus dados essenciais;
- d) Os dados de identificação do paciente não correspondem aos contidos na "Guia de Autorização" ou Pedido Médico;
- e) A foto contida no documento de identificação do paciente não seja suficiente para reconhecê-lo com plena certeza; Havendo divergências óbvias ou outros motivos que comprometam a lisura do processo, mediante justificativa plausível;
- f) Caso o paciente não conste no Sistema de Saúde do CBMDF.
- 6.6.21. **Registro dos pacientes emergenciais/urgentes:**
- 6.6.22. Paciente emergencial é aquele cuja a condição de saúde revela um quadro ameaçador à sua vida, indícios de sofrimento intenso ou risco de lesão permanente, havendo necessidade de tratamento imediato. Alguns exemplos de emergências são a parada cardiorrespiratória, hemorragias volumosas e infartos que podem levar a danos irreversíveis ou óbito;
- 6.6.23. A credenciada deverá entrar no Sistema de Saúde do CBMDF e verificar se o paciente faz jus ao atendimento, ou seja, confirmar se é de fato beneficiário da Corporação e emitir uma "Guia de Atendimento Emergencial" em seu nome;
- 6.6.24. A credenciada fará a juntada da cópia do documento de identificação do paciente com a "Guia de Atendimento Emergencial", guardando-os;
- 6.6.25. O recém-nascido, filho de usuário do sistema de saúde do CBMDF, terá garantia de atendimento dos primeiros 30 (trinta) dias de vida;
- 6.6.26. O recém-nascido, filho de beneficiário do sistema de saúde do CBMDF, deverá ser identificado como RN de (nome da mãe). Não deverá ser utilizado o nome do pai;
- 6.6.27. Em casos de problemas na emissão da "Guia de Atendimento Emergencial" após o procedimento indicado, a DISAU deverá ser provocada para análise do incidente.
- 6.6.28. Motivos que impossibilitarão o atendimento ao paciente emergencial:
- 6.6.29. A credenciada está proibida de atender o paciente emergencial, caso ocorra alguma das seguintes situações:
- a) O documento de identificação do paciente ou responsável não seja apresentado, não seja original, esteja rasurado ou possua danos que comprometam a leitura dos seus dados essenciais;
- b) A foto contida no documento de identificação do paciente não seja suficiente para reconhecê-lo com plena certeza;
- c) Havendo divergências óbvias ou outros motivos que comprometam a lisura do processo, mediante justificativa plausível;
- d) Caso o paciente não conste no Sistema de Saúde do CBMDF.
- 6.6.30. Ocorrendo quaisquer das situações acima com pacientes emergenciais que se auto intulam beneficiários do CBMDF, a credenciada deverá tratá-lo como paciente comum, particular, não beneficiário da Instituição, ficando livre para decidir se lhe presta atendimento ou não, abstendo a Corporação de qualquer responsabilidade;
- 6.6.31. Em caso de instabilidade do sistema do CBMDF, poderá ser gerada guia manual e tão logo cesse o problema, a "Guia de Atendimento Emergencial" deverá ser emitida.
- 6.6.32. É imprescindível o preenchimento da Guia de Atendimento Emergencial, o formato da cópia de segurança quando o sistema do CBMDF estiver indisponível. Deverá ser impressa e assinada pelo paciente ou responsável na data do atendimento e ser anexada a guia impressa assim que o sistema retornar.
- 6.6.33. Após a resolução de todos os empecilhos, a credenciada fará a juntada e a guarda de todos os documentos envolvidos, com vistas ao posterior faturamento;
- 6.6.34. Cópia do documento de identificação do paciente e responsável, quando for o caso;
- 6.6.35. "Guia de Atendimento Emergencial" ORIGINAL gerada no sistema informatizado de saúde da Corporação e assinada pelo paciente ou responsável.
- 6.7. DO ATENDIMENTO AOS PACIENTES**

- 6.7.1. Completada a identificação e registro do paciente, o mesmo deverá ser encaminhado para atendimento, devendo ser tratado de maneira educada, humana, atenciosa, qualitativa e idêntica a qualquer outro paciente da credenciada;
- 6.7.2. Qualquer problema durante o atendimento dos beneficiários do Sistema de Saúde do CBMDF deverá ser comunicado à Diretoria de Saúde, para que se tomem as medidas necessárias ou adequadas ao caso;
- 6.7.3. O início do atendimento dar-se-á tão logo o paciente seja registrado;
- 6.7.4. O fim do atendimento dar-se-á tão logo ocorra um dos itens abaixo:
- 6.7.5. Alta do paciente;
- 6.7.6. Falecimento do paciente;
- 6.7.7. Evasão do paciente;
- 6.7.8. Desistência do paciente;
- 6.7.9. Encerramento do tratamento devido às informações contidas na "Guia de Autorização" (perda da validade da Guia);
- 6.7.10. Caso o paciente no transcurso do atendimento venha a perder a condição de beneficiário do sistema de saúde do CBMDF; e
- 6.7.11. Outras situações que encerram eletivamente ou obrigatoriamente a necessidade de prestação do serviço por parte da credenciada.
- 6.7.12. Portanto, do início ao fim de uma consulta, do início ao fim de um tratamento, ou do início ao fim de uma internação, tem-se apenas um único atendimento;
- 6.7.13. Encerrado qualquer atendimento cuja a duração tenha sido superior a 5 (cinco) dias (internações ou tratamentos), a credenciada deverá emitir um "Relatório de Evolução" contendo o histórico dos procedimentos adotados e respectiva evolução do paciente;
- 6.7.14. Pacientes de urgência ou emergenciais deverão ser prontamente atendidos pela credenciada, entretanto, fica o profissional que atendeu, obrigado a confeccionar um relatório sobre o caso, justificando a necessidade de atendimento não eletivo, para que seja anexado à fatura da credenciada e, posteriormente, analisado pela auditoria do CBMDF;
- 6.7.15. Havendo necessidade de realização de procedimentos de urgência ou emergência, deverá ser adotada, por analogia, a mesma regra disposta no parágrafo anterior;
- 6.7.16. Após qualquer atendimento, o paciente terá o direito de receber do médico que o atendeu:
- 6.7.17. Receituário médico, se for o caso;
- 6.7.18. Atestado médico, se for o caso, informando sobre sua atual capacidade laborativa;
- 6.7.19. Indicações de procedimentos diversos necessários ou adequadas à evolução de sua saúde, devidamente justificado;
- 6.7.20. Resultados dos exames realizados; e
- 6.7.21. Outros documentos de saúde relacionados à situação.
- 6.7.22. Os documentos relacionados acima deverão ser emitidos em papel timbrado, contendo ainda: data; carimbo com CRM; códigos TUSS e CID envolvidos; e assinatura. Além disso, poderão ser entregues ao responsável pelo paciente;

6.8. DEMAIS OBSERVAÇÕES E OBRIGAÇÕES DAS CONTRATADAS:

- 6.8.1. Atender integralmente às disposições legais e administrativas que regem seu serviço de saúde;
- 6.8.2. Seguir estritamente as normas, diretrizes e conceitos especificados para os atendimentos de saúde a ser prestado;
- 6.8.3. Colocar suas instalações de uso comum à disposição dos pacientes que serão atendidos;
- 6.8.4. Atender determinações da Diretoria de Saúde, principalmente a utilização de sistema(s) informatizado(s) de Saúde do CBMDF, sendo obrigatória sua utilização adequada;
- 6.8.5. Sempre que ocorrer a internação emergencial ou eletiva de qualquer paciente do Sistema de Saúde do CBMDF, a credenciada deverá informar tal fato à Diretoria de Saúde, em até 48 horas, identificando e qualificando o paciente;
- 6.8.6. Oferecer a consulta de retorno no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a consulta inicial, sem emissão de nova "Guia de Autorização" e sem qualquer ônus para o CBMDF. Caso o sistema ou qualquer paciente comprove que não foi disponibilizada a consulta de retorno dentro do prazo estabelecido, devido a questões da própria credenciada, esta deverá oferecer o retorno o mais rápido possível;
- 6.8.7. Caso a consulta de retorno seja realizada por outro médico diferente do que atendeu o paciente inicialmente, não será pago valor algum referente a consulta, por tratar-se de consulta de retorno;
- 6.8.8. Oferecer aos pacientes do Sistema de Saúde do CBMDF tratamento idêntico e com o mesmo padrão ao dispensado aos seus demais clientes;
- 6.8.9. Disponibilizar ao paciente do Sistema de Saúde do CBMDF, formas de avaliação de qualidade do atendimento prestado, preferencialmente vinculadas aos sistemas informatizados empregados;
- 6.8.10. Apresentar quaisquer esclarecimentos que lhe forem solicitados oficialmente pela Diretoria de Saúde e suas Subunidades;
- 6.8.11. Responder, dentro do prazo estipulado pelo CBMDF, quaisquer solicitações feitas;
- 6.8.12. Manter as instalações dos hospitais nas mesmas ou melhores condições das que encontradas por ocasião da vistoria realizada pelos vistoriantes do CBMDF;
- 6.8.13. Não terceirizar ou subcontratar totalmente o serviço objeto da contratação, sendo permitido apenas a terceirização/subcontratação de serviços complementares ou auxiliares à realização do serviço principal;
- 6.8.14. Responsabilizar-se integralmente por eventual subcontratação de serviços, eximindo o CBMDF, por toda e qualquer despesa de natureza social, trabalhista, previdenciária, tributária ou securitária na execução deste contrato, salvo as contribuições que por lei são atribuídas ao tomador do serviço.
- 6.8.15. Comunicar ao CBMDF, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas durante a execução de seus serviços, como por exemplo, o abandono do tratamento pelo paciente de saúde;
- 6.8.16. Quanto a cobrança de valores diretamente dos pacientes, a credenciada fica obrigada a observar o seguinte:
- 6.8.17. Eximir-se de requerer a qualquer título, cobrança adicional de honorários do profissional de saúde, tanto para o CBMDF, quanto para o usuário;
- 6.8.18. Informar imediatamente ao CBMDF, qualquer alteração que implique em modificação da precedente situação ou comprometimento que o habilitou para o serviço credenciado;
- 6.8.19. Havendo qualquer impedimento ou substituição do Responsável Técnico da credenciada, a mesma deverá informar o fato o quanto antes aos fiscais do contrato;
- 6.8.20. Comunicar aos fiscais do contrato, até o quinto dia útil do mês subsequente, por meio de planilha, quantos pacientes a credenciada atendeu e o respectivo valor devido pelo CBMDF, referente a estes atendimentos;
- 6.8.21. Informar imediatamente à Diretoria de Saúde, qualquer tentativa de violação às regras por parte de pacientes do Sistema de Saúde do CBMDF, bem como, qualquer tentativa de beneficiamento ou o próprio beneficiamento de pessoa estranha ao sistema;
- 6.8.22. A contratada deverá emitir faturas diferenciadas, separando militares, pensionistas e dependentes.
- 6.8.23. Regularizar em até 30 (trinta) dias corridos, após notificação por parte da comissão de execução de contrato, todas as pendências junto ao fisco, INSS, trabalhista ou qualquer outra exigível em contrato;
- 6.8.24. Estender as obrigações previstas neste Termo de Referência a todas as subcontratadas ou que utilizem suas dependências, visto que as mesmas sujeitar-se-ão às mesmas obrigações prescritas à contratada;
- 6.8.25. A credenciada se responsabilizará plenamente por todos os atos e fatos decorrentes da atuação das entidades terceirizadas ou subcontratadas, bem como, daquelas que, utilizem suas instalações;
- 6.8.26. A credenciada deverá seguir o disposto na Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados;
- 6.8.27. A credenciada deverá manter absoluto sigilo em relação às informações e aos documentos a que tiver acesso. Os descartes de documentos não mais servíveis, também deverão ser feitos adequadamente, por meio de trituração e destinação correta do material;
- 6.8.28. O CBMDF deverá designar, no mínimo, um fiscal de contrato para cada credenciamento realizado, o qual desempenhará as atribuições previstas nas Normas de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil, o mesmo será o interlocutor junto a credenciada para as questões contratuais.
- 6.8.29. A credenciada deverá dar o tratamento previsto na Lei Federal nº 13.079 de 14 de agosto de 2018, a todos os dados oriundos dos pacientes do sistema de saúde do CBMDF e objeto deste Termo de Referência.
- 6.8.30. Para a valoração dos materiais e medicamentos de saúde, estão sendo utilizados catálogos especializados no levantamento de preços, gerenciados por entidades de notória especialização, os quais serão entregues mensalmente ao CBMDF, por força de contrato vigente.
- 6.8.31. Caso um beneficiário do CBMDF se apresente a certa credenciada sem portar qualquer tipo de guia e informe que assumirá todas as despesas unilateralmente, a entidade poderá, por liberalidade própria, oferecer ao interessado a prestação do serviço cobrando lhe o mesmo valor que receberia pelo contrato com o CBMDF.
- 6.8.32. Salvo na modalidade de "ressarcimento, a credenciada fica expressamente proibida de cobrar diretamente do usuário, qualquer valor referente ao pagamento de honorários, materiais, medicamentos ou procedimentos que lhe serão prestados, e que estejam previstos diretamente ou indiretamente neste Termo de Referência. O mesmo caberá a honorários ou serviços que já lhe tenham sido prestados;
- 6.8.33. Excepcionalmente, o usuário poderá escolher procedimento/serviço/material não coberto pelo CBMDF, desde que a contratada esclareça, antecipadamente e via documento formal, ao paciente ou representante qual o benefício que está sendo oferecido e o alerta que os custos NÃO SERÃO PAGOS pelo CBMDF;
- 6.8.34. O documento referido no subitem anterior deve ser assinado pelo usuário ou seu representante, além de constar o seu contato telefônico;
- 6.8.35. As subcontratadas pela credenciada vinculam-se às disposições deste Termo de Referência, cabendo à contratada exigir-lhe o cumprimento;
- 6.8.36. O hospital credenciado mantém plena responsabilidade sobre seus serviços subcontratados, inclusive em cenários de descumprimento contratual;
- 6.8.37. A ação ou omissão total ou parcial da fiscalização do contrato não eximirá a contratada da total responsabilidade pela má execução dos serviços contratados, estando ambos sujeitos a responder pelo prejuízo;
- 6.8.38. As vistorias realizadas pelo CBMDF não reduzem a responsabilidade da contratada perante terceiros, por qualquer irregularidade, ou ainda, resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, emprego de material inadequado ou emprego de materiais de qualidade inferior.
- 6.8.39. A qualquer tempo DISAU/CBMDF poderá publicar manuais e orientações às credenciadas sobre protocolos, procedimentos e entendimentos da equipe técnica da saúde sobre assuntos inerentes ao serviço a ser prestado pelas credenciadas, assim como orientações de cobertura ou não de itens específicos que passarem a ser assunto de discussões.
- 6.8.40. Além destas observações, as contratadas devem atentar para outras que constem dos Anexos.

7. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 7.1. Nomear os fiscais de contrato, conforme art. 117 da Lei 14.133/2021 por intermédio da autoridade competente (Chefe do Departamento de Administração Logística e Financeira do CBMDF).
- 7.1.1. Auditar as contas apresentadas pela contratada;
- 7.1.2. Rejeitar os serviços executados em desacordo com as especificações técnicas presentes neste Termo de Referência e seus anexos e outras diretrizes aplicáveis.
- 7.1.3. Cumprir os compromissos financeiros assumidos com a Contratada.
- 7.1.4. Fornecer e colocar à disposição da Contratada todos os elementos e informações que se fizerem necessários à execução dos serviços.
- 7.1.5. Notificar, formal e tempestivamente, a contratada sobre as irregularidades observadas no objeto da contratação.
- 7.1.6. O CBMDF terá o prazo de 30 (trinta) dias úteis, prorrogáveis motivadamente por igual período, para decidir a respeito das solicitações e reclamações relacionadas aos serviços prestados pela credenciada.
- 7.1.7. Ficam ressalvados os requerimentos manifestamente impertinentes, meramente protelatórios ou de nenhum interesse para a boa execução contratual, conforme determinado pelo Art. 123 da Lei 14.133/2021.
- 7.1.8. A contratante poderá alterar a forma de recebimento de documentos, desde que as credenciadas sejam informadas com antecedência dos novos procedimentos.
- 7.1.9. Disponibilizar sistema informatizado para registros relativos à prestação dos serviços.

8. ESTIMATIVA DO VALOR TOTAL A SER CONTRATADO

8.1. A soma dos valores dos contratos decorrentes do edital foi estimado em **R\$ 143.618.109,00 (cento e quarenta e três milhões, seiscentos e dezoito mil e cento e nove reais)**, com Memorando Nº 24/2024 - CBMDF/DISAU/CECAC/SEAUD/SUENF (139170603) e consolidado no Relatório Nº 703/2024-CBMDF/DIMAT/SEPE (SEI nº 156326200).

9. ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS:

- 9.1. A atualização dos valores dos índices e das tabelas estáticas deste Termo de Referência poderá ser anual, sendo aplicada 12 (doze) meses após a publicação deste, após estudo realizado pela DISAU;
- 9.2. A DISAU indicará quais itens ou tabelas do edital serão contemplados pela atualização, limitada ao percentual do índice oficial vigente para o Governo do Distrito Federal;
- 9.3. Os valores que constam da Lista de Materiais Descartáveis do CBMDF (ANEXO "D") serão reajustados com base no IPCA, a cada 12 (doze) meses, a contar da publicação do edital.
- 9.4. Para os demais custos, a metodologia a ser empregada para atualização de valores será definida mediante expedição de Instrução Normativa pela DISAU;
- 9.5. Excluem-se da possibilidade de reajustes anuais os itens deste Termo de Referência que tenham como característica primordial as correções de forma dinâmica e outras peculiaridades, tais como BRASÍNDICE e SIMPRO;
- 9.6. A aplicação desta atualização deverá abranger especificamente este Termo de Referência.

10. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

- 10.1. O contrato terá vigência de 5 (cinco) anos, contados da data de sua assinatura, prorrogável por igual período, persistindo as obrigações decorrentes da garantia.

11. DA SUSPENSÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

- 11.1. A credenciada só poderá deixar suspender a prestação dos serviços nas hipóteses previstas em lei e desde que não cause prejuízo à saúde dos pacientes;
- 11.2. No caso de pacientes internados, a credenciada deverá continuar prestando seus serviços normalmente, até a data da alta médica do mesmo, ou transferência do enfermo para outra credenciada, por iniciativa da contratante ou do CBMDF;
- 11.3. A suspensão temporária da execução do contrato, por iniciativa da Administração, poderá ocorrer em razão de:
Insuficiência de recursos financeiros;
Dificuldades técnicas para processamento da liquidação e pagamento das despesas;
Outras situações devidamente justificadas e previstas em edital;
- 11.4. A ordem de suspensão e retomada da execução do contrato será expedida pelo Diretor de Saúde do CBMDF.
- 11.5. A suspensão temporária dos serviços das credenciadas não paralisará a contagem do prazo de vigência do contrato.
- 11.6. Extinto o contrato e feitos todos os pagamentos, a contratada deverá emitir ao CBMDF uma declaração de quitação.

12. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- 12.1. Ressalvadas as hipóteses previstas em lei, toda alteração contratual deverá ser processada mediante a celebração de Termo Aditivo, com amparo no Art. 124 da Lei nº 14.133/21, vedada a transfiguração do objeto;
- 12.2. Todo e qualquer pedido de alteração do Contrato será endereçado ao Diretor de Contratações e Aquisições do CBMDF e protocolado junto à Seção de Acompanhamento de Contratos Continuados da Saúde (SACOT), a quem caberá análise preliminar do pedido e posterior encaminhamento às autoridades competentes.

13. ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

- 13.1. A execução do contrato será acompanhada fiscais formalmente designados, a quem competirá cumprir e fazer cumprir as regras definidas em edital, contrato e normas de regência.
- 13.2. A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz responsabilidade da contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou qualidade inferior, e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, em conformidade com o art. 120 da Lei nº 14.133/2021 e Decreto Distrital 44.330/2023.
- 13.3. A fiscalização do contrato anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como, o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário a regularização das faltas ou defeitos observados e encaminhando, em tem hábil, os apontamentos à autoridade competente nos casos que extrapolem as atribuições da comissão.
- 13.4. A fiscalização da execução do contrato também poderá ser realizada pelos usuários dos serviços, utilizando-se de meios oferecidos pelo CBMDF.

14. DO FATURAMENTO E DO PAGAMENTO

14.1. Regras Gerais

- 14.1.1. Os pagamentos às contratadas serão feitos de acordo com as Normas de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Distrito Federal, em especial, no Decreto Distrital 32.598/2010.
- 14.1.2. As faturas serão previamente auditadas por servidores do CBMDF, em instalações do CBMDF ou da própria credenciada;
- 14.1.3. A credenciada deverá apresentar as contas hospitalares através de sistema informatizado, a fim de serem analisadas pelos auditores do CBMDF, dentro do prazo previsto neste Termo de Referência;
- 14.1.4. Poderá ser exigida a apresentação de contas físicas em caso de ausência do sistema informatizado;
- 14.1.5. Após a finalização do processo de auditoria, a credenciada deverá remeter as contas via sistema para a Diretoria de Saúde, observando-se os prazos previstos neste Termo de Referência;
- 14.1.6. Estas contas hospitalares, desde que aprovadas, ficarão a disposição da credenciada para emissão de Nota Fiscal e solicitação de pagamento no sistema, conforme prazo estipulado no edital;
- 14.1.7. Em caso de incidência das hipóteses previstas no Instrumento de Medição de Resultado previsto no (ANEXO "J") deste Termo de Referência poderão ser aplicadas adequações de pagamento, de acordo com os parâmetros fixados naquele instrumento;
- 14.1.8. A credenciada também ficará obrigada a aceitar a modalidade de pagamento denominada "ressarcimento". Nessa modalidade, o usuário se apresentará na credenciada para ser atendido, portando a guia "Autorização Inicial para Ressarcimento" e pagará imediatamente à entidade, o valor que o CBMDF deveria lhe repassar, ou seja, o valor previsto para o serviço, conforme este Termo de Referência.

14.2. Dos Pacotes

- 14.2.1. O pacote é a reunião dos honorários, taxas, medicamentos, materiais e/ou OPME que compõe obrigatoriamente determinado procedimento;
- 14.2.2. O objetivo de sua utilização é a diminuição do custo total e imprimir celeridade e eficiência aos procedimentos de auditoria, quando comparado com a contratação de cada item em separado.
- 14.2.3. Além dos pacotes pré-estabelecidos neste TR, poderá haver negociação de outros, quando envolverem valores significativos sejam comprovados a vantajosidade para a Administração.
- 14.2.4. Toda a negociação deve ser formalizada e cópias da documentação deve constar de processo de liquidação da despesa.
- 14.2.5. Para os pacientes internados e em pronto atendimento, o hospital deverá fazer o faturamento de todos os serviços prestados (SADT) incluindo os pacotes.

14.3. Da glosa

- 14.3.1. Glosa é caracterizada pelo não pagamento decorrente de impossibilidade de atestar a regular execução do serviço;

- 14.3.2. Para o protocolo de glosa, os credenciados deverão observar o seguinte:

- a) Divergências entre os valores lançados nas contas das credenciadas e os valores existentes nas tabelas estabelecidas por este TR;
- b) Identificação de erros nos cálculos operacionais e/ou de processamento;
- c) Descumprimento de exigências do CBMDF nos serviços prestados ou na montagem do processo de faturamento;
- d) Procedimentos realizados em desacordo com a literatura científica atualizada ou claramente desnecessários ao restabelecimento da saúde do paciente;
- e) Cobrança em desacordo com os códigos autorizados para procedimentos, especialmente aqueles relacionados aos serviços de anestesia, prestados pela Cooperativa ou Associação contratada;
- f) "Urgencialização" de procedimento eletivo.

Ausência de quaisquer documentos obrigatórios na fatura do atendimento, inclusive a "Documentação de Registro do Atendimento".

- 14.3.3. Havendo inconsistências nos valores cobrados, a Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde (SEAUD/DISAU) efetuará a glosa do valor apresentado, utilizando como parâmetro de justificativa, os itens constantes no Capítulo VII e Tabela Referencial de Codificação de Glosas, que segue como "ANEXO F" deste Termo de Referência;

- 14.3.4. A credenciada poderá apresentar o recurso de glosa à SEAUD/CBMDF em até 30 (trinta) dias corridos à contar da data da glosa, utilizando o "Formulário de Recurso de Glosa", que segue como "ANEXO H" deste Termo de Referência;

- 14.3.5. Procedente o recurso de glosa pela Seção de Auditoria do CBMDF, o valor liberado da referida fatura será informado à credenciada, que expedirá a Nota Fiscal neste exato valor, para o devido pagamento;

- 14.3.6. Não caberá mais de um recurso de glosa sobre o mesmo objeto;

- 14.3.7. A resposta ao recurso de glosa conclui o processo;

- 14.3.8. Caso necessário, a critério da Diretoria de Saúde, será realizada perícia de controle de procedimento em pacientes que estejam sendo atendidos pelos credenciados.

- 14.3.9. Não será permitida a inserção de procedimentos não reconhecidos oficialmente, conforme item 6.3.2;

- 14.3.10. Não serão aceitos documentos elaborados posteriormente ao faturamento do atendimento. Portanto, para discussões de auditoria somente serão aceitos documentos, assinaturas, laudos, relatórios e registros que já constavam no sistema da credenciada, mas que por algum motivo não foram anexados ao prontuário para apresentação ao auditor.

- 14.3.11. As credenciadas que adotarem sistemas de prontuário eletrônico e de assinaturas digitais devem fornecer garantia ao CBMDF de que todo registro ou alteração de informação ficará registrada com data e identificação do usuário gerada automaticamente pelo próprio sistema e de forma inalterável.

- 14.3.12. A fim de facilitar e agilizar a auditoria dos procedimentos médicos, a credenciada poderá franquear o acesso ao prontuário eletrônico dos pacientes do sistema de saúde do CBMDF aos profissionais de saúde da corporação.

14.4. Da conta complementar

- 14.4.1. Caso a credenciada identifique que algum item que não foi cobrado na devida fatura, poderá emitir, no prazo de 30 dias, a contar da data de conclusão da auditoria, uma conta complementar, solicitando o pagamento dos itens não remunerados na fatura principal.

- 14.4.2. Em caso de controvérsia sobre valores parciais da conta hospitalar, estes devem ser cobrados em conta complementar, liberando-se o pagamento da parte incontroversa.

- 14.4.3. A conta complementar somente será apresentada após autorização da Administração e, desde que acatado recurso da contratada.

- 14.4.4. Em ambos os casos, a credenciada deve anexar cópia da fatura inicialmente auditada, exibindo a glosa do item a ser pago na conta complementar, bem como a resposta de recurso com a reversão da glosa.

14.5. Das Filiais

- 14.5.1. O faturamento e emissão de notas será feito no CNPJ constante no contrato de credenciamento junto ao CBMDF.

- 14.5.2. As filiais deverão ser cadastradas no ato de solicitação de habilitação ao credenciamento.

- 14.5.3. Em se tratando de laboratório os endereços dos postos de coleta deverão ser citados em carta proposta.

- 14.5.4. Em casos de solicitação de inclusão de filial posterior ao credenciamento da matriz, será feita uma adição ao contrato para inclusão da filial.

14.6. Das Penalidades

- 14.6.1. Fica reservado o direito ao CBMDF a prerrogativa de apuração administrativa de faltas contratuais pelo contratado, inclusive após a extinção do contrato, conforme alínea "b", inciso V, Art. 104 da Lei 14.133/2021.
- 14.6.2. No caso de violação de quaisquer disposições estipuladas neste Termo de Referência, serão passíveis de aplicação as penalidades descritas em Edital. Esse procedimento seguirá os princípios do devido processo legal, assegurando garantias ao contraditório e à ampla defesa, em conformidade com os Art. nº 155 e 156 da Lei 14.133/2021 e o Decreto 44.330/2023.

15. DO APROVEITAMENTO DOS DOCUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA FASE DE CREDENCIAMENTO REALIZADA COM BASE DO EDITAL 001/2024

- 15.1. As instituições que foram credenciadas com base no Edital 001/2024, poderão requerer aproveitamento dos documentos e procedimentos realizados com base no Edital 001/2024 para credenciá-las com base no novo edital.
- 15.2. A Diretoria de Saúde do CBMDF, mediante parecer técnico da Seção de Credenciamento, poderá acatar o pedido, desde que:
- 15.2.1. Os documentos e vistorias encontrem-se dentro do prazo de validade;
- 15.2.2. Não exista conflito entre os critérios fixados no Edital 001/2024 e o novo edital.

16. ANEXOS

- 16.1. ANEXO "A": CLASSIFICAÇÃO DOS NOSOCÔMIOS, ALOJAMENTOS HOSPITALARES, DIÁRIAS E TAXAS
- 16.2. ANEXO "B": TABELAS DOS PORTES E TAXAS
- 16.3. ANEXO "C": HONORÁRIOS, MEDICAMENTOS, MATERIAIS E SADT
- 16.4. ANEXO "D": LISTA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS CBMDF
- 16.5. ANEXO "E": PACOTES
- 16.6. ANEXO "F": ORIENTAÇÕES GERAIS ÀS CREDENCIADAS HOSPITALARES
- 16.7. ANEXO "G": TERMO DE CIÊNCIA
- 16.8. ANEXO "H": FORMULÁRIO DE RECURSO DE GLOSA
- 16.9. ANEXO "I": NORMAS E RESOLUÇÕES OBSERVADAS PELA VISTORIA
- 16.10. ANEXO "J": INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO

**ANEXO "A" AO TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025
CLASSIFICAÇÃO DOS NOSOCÔMIOS, ALOJAMENTOS HOSPITALARES, DIÁRIAS E TAXAS**

1. CLASSIFICAÇÃO DOS NOSOCÔMIOS E ALOJAMENTOS HOSPITALARES:

- 1.1. Os nosocômios serão classificados em: Porte "A"; Porte "B"; Porte "C".
- 1.1.1. A classificação dos nosocômios será determinada pelo CBMDF, considerando critérios objetivos por meio da utilização do seguinte quadro de avaliação:

CÓD.	ITEM DE AVALIAÇÃO	CRITÉRIO	PONTOS A OBTER
A	Nº de leitos existentes	Até 49	0
		50 a 99	1
		100 a 149	2
		150 a 199	3
		200 ou mais	4
B	Nº de leitos de UTI existentes	Nenhum	0
		01 a 04	1
		05 a 09	2
		10 a 29	3
		30 ou mais	4
C	Tipos de UTI ofertados	Nenhum	0
		Tipo II	2
		Tipo III	4
D	Quantidade de especialidades de alta complexidade ofertados	Nenhuma	0
		01	1
		02	2
		03	3
		04 ou mais	4
E	Tipo de Urgência/Emergência disponível	Nenhum	0
		Pronto atendimento	1
		Serviço de urgência e emergência	2
		Referência nível I ou II	3
		Referência nível III	4
F	Nº de salas cirúrgicas existentes	Nenhuma	0
		01 ou 02	1
		03 ou 04	2
		05 ou 06	3
		Acima de 06	4
G	Nº de leitos de UTI Pediátrica e Neonatal	Nenhuma	0
		01 a 03	1
		04 a 06	2
		07 a 09	3
		10 ou mais	4
Total			28

- 1.1.2. Para cada item de avaliação, o hospital poderá receber apenas uma única nota. Ao final, somam-se as oito notas obtidas, chegando-se à pontuação total. Dessa forma, a pontuação máxima a ser obtida será de 28 pontos.
- 1.2. Considerações quanto à utilização do quadro de avaliação dos hospitais:
- 1.2.1. Para o item de código "A" – Será considerado o quantitativo total dos leitos existentes nos nosocômios, cadastrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde;
- 1.2.2. Para o item de código "B" – Será considerado o quantitativo de leitos cadastrados em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independentemente da classificação de tipo de UTI;
- 1.2.3. Para o item de código "C" – Será considerado o cadastramento de UTI de acordo com seu Tipo II ou III (conforme Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998), sendo que na hipótese da existência de mais de uma unidade cadastrada, será pontuada apenas uma delas - aquela que corresponder ao maior número de pontos;
- 1.2.4. Para o item de código "D" – Será considerado o quantitativo de serviços de alta complexidade existente no nosocômio, podendo ser computado nesse enfoque, os seguintes serviços: serviços ou centros de alta complexidade em assistência cardiovascular, observando-se que, o serviço de implante de marca passo permanente não será computado; tratamento das lesões lábio palatais e implante coclear; neurocirurgia; traumatologia; tratamento cirúrgico da epilepsia; assistência a queimados; oncologia; cirurgia bariátrica; transplantes, considerando-se como 1 (um) sistema, o cadastro para realização de transplante de cada tipo de órgão;
- 1.2.5. Para o item de código "E" – será considerada a existência de: (1) Serviço de Pronto Atendimento 24 horas, com equipe presente, pelo menos, de urgências em pediatria e clínica médica, ou equipe da(s) especialidade(s) oferecida(s), no caso de hospitais especializados; (2) Serviço de Urgência e Emergência com atendimento 24 horas, com equipe presente, de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia; (3) Serviço de Urgência e Emergência atendendo a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, para classificação de Urgências e Emergências, de acordo com seus respectivos Níveis I, II ou III;
- 1.2.6. Para o item de código "F" – será considerado o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes nos nosocômios.
- 1.2.7. Para o item de código "G" – Será considerado o quantitativo de leitos cadastrados em Unidade(s) de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal.
- 1.2.8. Da classificação:
- I. O nosocômio que obtenha de 27 a 28 pontos em sua avaliação, será classificado como "de porte A";
- II. O nosocômio que obtenha de 13 a 26 pontos em sua avaliação, será classificado como "de porte B";
- III. O nosocômio que obtenha de 01 a 12 pontos em sua avaliação, será classificado como "de porte C".
- 1.2.9. Classificação dos alojamentos hospitalares:
- 1.2.9.1. Apartamentos tipo "B": aposentos de uso exclusivo para 01 (um) paciente e seu acompanhante. Devem possuir um leito do tipo cama para o paciente e, no mínimo, uma acomodação para seu acompanhante. Devem possuir um banheiro privativo e mobiliário para a guarda de pertences. A climatização deverá ser por meio de ar-condicionado ou janela;
- 1.2.9.2. Berçários: aposentos exclusivos a um ou mais recém-nascidos, voltados aos cuidados com as crianças. Devem possuir um ou mais leitos tipo berço, bem como, mobiliários e equipamentos, adequados ao atendimento proposto;

- 1.2.9.3. Alojamento conjunto: contempla o conjunto de estrutura física, equipamentos e recursos humanos necessários à acomodação e assistência ao RN logo após seu nascimento, em unidade não intensiva, acompanhado da mãe (não contempla a diária da mãe);
- 1.2.9.4. Unidades de terapia intensiva (UTI): aposentos exclusivos a um ou mais pacientes em situações delicadas de saúde. Devem possuir leitos do tipo cama, móveis, equipamentos e materiais apropriados ao tratamento intensivo;
- 1.2.9.5. Sala de recuperação pós-anestésica: aposento composto por um ou mais leitos, exclusivos para pacientes que precisem ficar em observação após o ato cirúrgico. Deverá ser utilizada pelo paciente até o momento de sua transferência para outro tipo de aposento, ou então, em decorrência da alta hospitalar. O tempo de permanência irá variar de acordo com o tipo de anestesia utilizada;
- 1.2.9.6. Salas de observação: ambientes destinados ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial ou pronto socorro. Devem incluir os serviços de administração de medicamentos e de observação do paciente, por um período de até 06 (seis) horas, tão logo o mesmo tenha se submetido a algum procedimento médico. As acomodações deverão ser em leitos do tipo cama ou maca, sendo aceito ainda, poltrona reclinável, extra confortável, de utilização individual;
- 1.2.10. Caso a credenciada, em determinado momento, não tenha disponibilidade de oferecer o tipo de acomodação acordado com o CBMDF, o paciente deverá ser internado em aposento de tipo superior disponível, sem ônus extra para o paciente ou contratante;
- 1.2.11. Despesas com extravio ou dano de materiais existentes no ambiente ficarão por conta do usuário ou causador. O CBMDF não se responsabiliza por quaisquer danos, bem como despesas extras, tais como uso de telefone, internet e outras não conexas ao tratamento de saúde do paciente.
- 1.2.12. Os itens relacionados avaliados para a classificação de nosocômio devem estar elencados na carta-proposta apresentada na etapa de habilitação ao credenciamento.

2. DIÁRIAS E TAXAS

- 2.1. **Diária hospitalar:** corresponde à ocupação de um leito de internação no período de 24 (vinte e quatro) horas, a partir da hora do registro do paciente, com tolerância de até 02 (duas) horas para desocupação total do alojamento;
- 2.1.1. A primeira diária inicia-se no momento do registro do paciente na internação, conforme abaixo:
- I. Até 12 (doze) horas — clínica dia; e
- II. Após 12 (doze) horas — diária integral.
- 2.1.1.1. A contagem da diária iniciar-se-á da hora do registro da internação que deverá estar visível em todas as faturas e principalmente nas internações com parciais para que a partir do horário da alta verifique-se se o pagamento da diária será integral ou apenas das horas excedentes, caso a última seja inferior a 12 horas de permanência.
- 2.1.2. Day-Clinic: compreende a ocupação de um leito por um tempo máximo de até 12 (doze) horas. É compreendida como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, em caráter eletivo.
- 2.1.3. Caso o paciente seja encaminhado ao apartamento por conveniência da credenciada ou permaneça no leito, sem justificativa técnica fundamentada, os custos não serão pagos pelo CBMDF, ainda que essa permanência ocorra por motivos sociais, administrativos ou pós-operatórios de cirurgias e procedimentos de pequena monta, entendidos como de nível ambulatorial.
- 2.1.4. O período excedente ao encerramento da última diária será cobrado por hora, não podendo ultrapassar o valor de 01 (uma) diária;
- 2.1.5. Considerar-se-á alta hospitalar do paciente quando o médico assistente a prescrever em prontuário médico correspondente.
- 2.1.6. No caso de transferência do paciente do apartamento para UTI, os familiares não poderão continuar ocupando o apartamento;
- 2.1.7. Isolamento: alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, mediante registro médico em prontuário e processo infeccioso grave, por germes multiresistentes, comprovados por exames laboratoriais de cultura positiva recente.
- 2.1.7.1. Nas internações que necessitarem de isolamento do paciente, desde que devidamente comprovadas em prontuário por resultados de cultura, as diárias serão acrescidas de 30% (trinta por cento) enquanto durar o isolamento, conforme as normas de Precauções Anti-infecciosas e Isolamento da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Não haverá pagamento de materiais descartáveis do tipo EPIs ou plásticos protetores, gastos em função do isolamento.
- 2.1.7.2. As Credenciadas deverão encaminhar as indicações de isolamento à SEAUD/CBMDF juntamente com as solicitações de prorrogações das diárias para avaliação médica. Além disso, o isolamento deve estar evoluído pela equipe de enfermagem da assistência.
- 2.1.8. Caso por algum motivo necessário ou justificável, o beneficiário venha a dividir o apartamento com outro paciente, a Corporação irá pagar o preço referente à enfermária.
- 2.1.9. Para o pagamento das diárias e outros serviços hospitalares deverá ser aplicado o "Quadro dos Valores a Serem Pagos Pelos Serviços Hospitalares" relacionado como Tabela 2 do Anexo "B";
- 2.1.10. Não será cabível nenhum acréscimo de valor sobre quaisquer taxas, tanto de pronto socorro, quanto de internação, independente do dia ou horário de admissão.

2.2. DA COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS

- 2.2.1. **Diárias tradicionais:** considerado nas internações clínicas ou cirúrgicas, em apartamento, enfermária, alojamento conjunto, berçário normal e Day Hospital.
- 2.2.1.1. O valor a ser pago pela Corporação, referente às diárias tradicionais, obriga que a contratada ofereça diversos itens e serviços, independentemente da idade ou das condições clínicas do paciente. Nesse sentido, estará incluído no valor pago pela diária tradicional:
- I - Alcool (líquido, gel e swab), povidine tópico e degermante, clorexidina, prontosan e similares, antissépticos bucais, qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, esparadrapo, micropore, coberturas e protetores especiais com finalidade profilática de úlcera de decúbito, bem como todo o dispositivo de segurança;
- II - Aparelhos com função de suporte ventilatório com seus circuitos e conexões (exemplos: BIPAP e CPAP adulto e infantil, máscara de Venturi e máscara de reservatório, capacete de HOOD) incluso todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não;
- III - Ar comprimido;
- IV - Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclusive Bomba de Seringa);
- V - Colchão e seu protetor de qualquer tipo;
- VI - Conector Luer-Lock, Comb Red e qualquer tipo ou modelo de oclusor.
- VII - Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão, reservatório para o medicamento, espaçador, câmara retrátil, umidificador), descartável ou não;
- VIII - Cuidados de limpeza, materiais de higiene e desinfecção do ambiente e de objetos;
- IX - Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- X - Dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia);
- XI - Eletrocardiógrafo;
- XII - Eletrodo para desfibrilação;
- XIII - Equipamento de proteção individual – EPI (luva de procedimento e cirúrgica - inclusive estéreis, máscara cirúrgica, máscara N95, avental, propé, gorro, dispositivo para descarte de material perfuro cortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial ou quaisquer outros equipamentos de proteção individual).
- XIV - Equipamento para fototerapia/ Billispot/ Billberço e similares;
- XV - Equipamentos necessários ao atendimento do paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc);
- XVI - Extensor de látex, PVC ou silicone para oxigênio e aspiração;
- XVII - Frasco coletor de qualquer tipo;
- XVIII - Gasômetro e capnógrafo;
- XIX - Incubadora / berço aquecido;
- XX - Instalações físicas (quarto, banheiro, ambientes de apoio);
- XXI - Instrumentais e bandejas para a realização de procedimentos;
- XXII - Leito próprio (qualquer tipo de cama e berço, incubadora), com leito de acompanhante;
- XXIII - Materiais necessários à implantação e monitorização pelos equipamentos incluídos na diária;
- XXIV - Monitor multifuncional e multiparamétrico;
- XXV - Orientação nutricional durante a internação e no momento da alta;
- XXVI - Pacote de curativo;
- XXVII - Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- XXVIII - Rouparia (permanente ou descartável); troca de roupa de cama e banho;
- XXIX - Sensor de oximetria adulto;
- XXX - Tracionador esquelético,
- XXXI - Restritor/ dispositivo de contenção de membros de qualquer tipo;
- XXXII - Procedimentos de enfermagem;
- XXXIII - Aspirações;
- XXXIV - Coleta de espécimes biológicas (urina, fezes, sangue e secreções);
- XXXV - Controle de glicemia;
- XXXVI - Controle do balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca-passo, dentre outros;
- XXXVII - Controle e monitorização de sinais vitais;
- XXXVIII - Cuidados e higiene pessoal do paciente, incluindo os materiais necessários;
- XXXIX - Curativos e insumos básicos;
- XL - Heparinização/salinização de cateter;
- XLI - Locomoção interna do paciente;
- XLII - Mudança de decúbito;
- XLIII - Orientações gerais por ocasião da alta;
- XLIV - Preparo do corpo em caso de óbito;
- XLV - Preparo do paciente para procedimentos cirúrgico, diagnóstico e terapêuticos (enteroclisma, lavagem gástrica, enteroclise, venoclise, cateterismo, entre outros);
- XLVI - Preparo, instalação e manutenção de medicamentos por todas as vias, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas tanto enterais como parenterais;
- XLVII - Retiradas de pontos;
- XLVIII - Sondagens de todos os tipos;

XLIX - Transportes de equipamentos (RX, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc);

L - Tricotomia - inclui tricotomizador elétrico e a lâmina.

2.2.2. **Diária de UTI:** O valor a ser pago pela Corporação, referente às diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Terapia Semi-Intensiva (Semi-UTI), obriga que a contratada ofereça diversos itens e serviços, independentemente da idade ou das condições clínicas do paciente. Nesse sentido, estará incluído todos os itens previstos na diária tradicional, acrescidos dos seguintes equipamentos e materiais:

I - Campo operatório/cirúrgico qualquer tipo ou modelo, exceto os tipos de iodoforados;

II - Equipamentos de monitorização invasiva contínua do paciente (exemplos: PVC, PAM, pressão intracraniana) (inclui cabos);

III - Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação de qualquer tipo, incluindo HME ou HEPA;

IV - Gerador de marcapasso (provisório);

V - Máscara laríngea;

VI - Outros equipamentos essenciais ao tratamento do paciente;

VII - Sensor adesivo monitoração do nível de consciência – Modelo BIS, Conox;

VIII - Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico inclui: circuito respiratório, traqueias, conexões, descartáveis ou não.

2.3. DA COMPOSIÇÃO DAS TAXAS

2.3.1. **Taxa de Sala** é a modalidade de cobrança por utilização de recursos (estrutura, equipamentos e pessoal) e insumos essenciais (materiais e produtos de higiene) necessários à prestação da assistência.

2.3.2. **Taxa de Sala Cirúrgica e/ou Obstétrica:** visa cobrir os custos do espaço físico, móveis e equipamentos pertencentes à sala, esterilização e uso do instrumental cirúrgico incluindo aqueles utilizados para cirurgias por vídeo. Os valores definidos na Tabela 4 – TAXAS DE SALA DE CIRURGIA, do Anexo "B", foram baseados na aplicação do porte anestésico da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), e deverão incluir os seguintes serviços e itens:

I - Aparelho de anestesia;

II - Aparelho de RX;

III - Aparelhos com função de suporte ventilatório com seus circuitos e conexões (exemplos: Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico, BIPAP e CPAP adulto e infantil, máscara de Venturi e máscara de reservatório) todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não;

IV - Ar comprimido;

V - Aspirador elétrico ou a vácuo;

VI - Assepsia e antisepsia (equipe e paciente), algodão, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina, Prontosan e qualquer outro tipo de antisséptico;

VII - Azul de metileno;

VIII - Berço aquecido;

IX - Bisturi elétrico, bipolar e quaisquer tipos;

X - Bomba para bota pneumática;

XI - Bombas de infusão e de seringa;

XII - Brocas, serras, fresas cirúrgicas;

XIII - Cal soldada;

XIV - Caneta para bisturi elétrico descartável ou não;

XV - Caneta para marcação;

XVI - Capas para proteção de equipamentos;

XVII - Capnógrafo;

XVIII - Cardioversor/ Desfibrilador;

XIX - Colírios e gel lubrificante para proteção ocular;

XX - Conjunto de nebulização/inalação descartável ou não (nebulizador, inalador, máscara, extensão, reservatório para o medicamento, espaçador,câmara retrátil, umidificador);

XXI - Craniótomo;

XXII - Eletrocardiógrafo e eletrodos para exame;

XXIII - Eletrodo para desfibrilação;

XXIV - Extensor de látex, PVC ou silicone para oxigênio e aspiração;

XXV - Faixa smarch;

XXVI - Fibras ópticas;

XXVII - Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação de qualquer tipo, incluindo HME ou HEPA;

XXVIII - Frasco coletor de secreções de qualquer tipo;

XXIX - Gás carbônico;

XXX - Gerador de marcapasso (provisório);

XXXI - Halo Craniano;

XXXII - Imobilização Provisória;

XXXIII - Instalação de aparelhagem;

XXXIV - Instalação e retirada de Gesso;

XXXV - Instalação e retirada de Imobilização Provisória ou Não Gessada;

XXXVI - Instrumentais cirúrgicos como drill, garrote pneumático, trépano, frezas, brocas, serra elétrica e stryker, lâminas de serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador;

XXXVII - Instrumental para cirurgia e bandejas de quaisquer tipos;

XXXVIII - Ionizador;

XXXIX - Irrigação Contínua (instalação);

XL - Itens básicos de sala (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia);

XLI - Itens permanentes da sala cirúrgica (estrutura física) tal como fluxo laminar e focos de luz;

XLII - Kit anestésico;

XLIII - Kit cirúrgico;

XLIV - Kit de mesa de reanimação;

XLV - Lâmina para esfregaço;

XLVI - Laser Cirúrgico, Argônio e Yag Laser;

XLVII - Lavagem e Aspiração Traqueal;

XLVIII - Limpeza e desinfecção;

XLIX - Lixa cirúrgica permanente ou descartável;

L - Locomoção do paciente;

LI - Lupa Cirúrgica;

LII - Máscara laríngea;

LIII - Materiais descartáveis: luvas de procedimento (inclusive estéreis) e demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, esparadrapo, micropore;

LIV - Materiais permanentes: Lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;

LV - Microscópio Cirúrgico;

LVI - Monitor multifuncional e multiparamétrico (monitor de gases anestésicos); Monitor de Pressão Arterial Média Elétrica; Monitor Cardíaco; Monitor de ECG Contínuo; Monitor de Pressão Venosa Central e quaisquer outros modelos;

LVII - Monitorização Invasiva;

LVIII - Perfurador elétrico;

LIX - Preparo e esterilização dos instrumentais cirúrgicos;

LX - Procedimentos e cuidados de enfermagem;

LXI - Pulseira de identificação da mãe/recém-nascido;

LXII - Radioscópio;

LXIII - Realização de Curativo;

LXIV - Rouparia completa inerente ao Centro Cirúrgico descartável ou não (avental, máscara, gorro, propé, botas, escovas e campos cirúrgicos descartáveis ou não (exceto os campos cirúrgicos iodoforados tipo lobam, Stare Drape);

LXV - Sensor de oximetria adulto e infantil;

LXVI - Serviço técnico de apoio (instrumentador e circulante);

LXVII - Solução desembuçante ou produtos para manutenção de equipamentos;

LXVIII - Sondagens realizadas pela equipe médica ou de enfermagem;

LXIX - Tractionador esquelético;

LXX - Tricotomizador/Tricotomia no Centro Cirúrgico.

2.3.2.1. Para o pagamento de todas as despesas realizadas no Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Sala de Recuperação Pós- Anestésica, será obrigatório o preenchimento dos seguintes critérios:

- I - Identificação completa e legível do paciente nos impressos: boletim anestésico, descrição cirúrgica, folha de trans-operatório de enfermagem e de admissão em Sala de Recuperação Pós anestésica;
- II - Data, hora do início e término do ato cirúrgico e da anestesia;
- III - Equipe cirúrgica devidamente identificada no boletim anestésico e na descrição cirúrgica;
- IV - Assinatura digital ou assinatura e carimbo com número do registro no Conselho Profissional de Classe dos profissionais que efetivamente participaram do ato cirúrgico e anestésico nas respectivas folhas de registro, sob pena de glosa. Não serão aceitas assinaturas posteriores à data do procedimento;
- V - Descrição legível e detalhada, sem rasuras, da técnica anestésica, técnica cirúrgica, incluindo órteses e próteses, materiais especiais utilizados e suas quantidades;
- VI - No boletim anestésico deverá constar a descrição legível, sem rasuras, das medicações, infusões por via parenteral, gases e materiais com suas quantidades utilizadas durante o ato cirúrgico e horário de administração. Deverá ser registrado o tempo de gases e inalantes utilizados com o respectivo preenchimento do gráfico específico, como o de bloqueio neuromuscular - TOF, além de horário de intubação e extubação; e
- VII - Anotar todos os equipamentos utilizados durante o ato anestésico e cirúrgico.
- 2.3.2.2. Não será paga a taxa de reprocessamento de material;
- 2.3.2.3. Não será permitida a cobrança de taxas de sala para procedimentos realizados à beira do leito;
- 2.3.2.4. Nas cirurgias infectadas, não será cobrado nenhum acréscimo no valor da taxa de sala;
- 2.3.2.5. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso, o valor de utilização da sala de cirurgia será correspondente a 100% (cem por cento) da taxa de maior porte, acrescida de 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa do segundo maior porte e 25% (vinte e cinco por cento) das taxas das demais cirurgias, de acordo com as regras da Tabela CBHPM;
- 2.3.2.6. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias por vias de acesso diferentes, a taxa de utilização da sala de cirurgia será correspondente a 100% (cem por cento) da taxa de maior porte, acrescida de 70% (setenta por cento) do valor da taxa do segundo maior porte e 25% (vinte e cinco por cento) das taxas das demais cirurgias, de acordo com as regras da Tabela CBHPM;
- 2.3.2.7. Havendo mais de um procedimento por cada uma das equipes, aplica-se também o previsto nos itens 2.3.2.5 e 2.3.2.6.
- 2.3.3. **Taxa de Sala de Recuperação Pós Anestésica:** aposento composto por um ou mais leitos, exclusivamente para pacientes em observação após o ato cirúrgico até sua transferência para o alojamento reservado e/ou alta hospitalar. O tempo de permanência varia de acordo com o tipo de anestesia utilizada e situa-se no Centro Cirúrgico ou Obstétrico. O pagamento desta será condicionado aos registros e evoluções dos profissionais que prestaram assistência ao paciente nesta sala. Estão incluídos todos os itens necessários previstos na Taxa de Sala Cirúrgica e/ou Obstétrica. Os valores estão definidos na Tabela 3 - TAXAS DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, do Anexo "B";
- 2.3.4. **Taxa de sala de observação em Pronto Socorro:** compreende o período entre a solicitação e o término da Observação Médica, em Sala de Repouso, em ambiente apropriado, com as devidas anotações em relatório médico e anotação de enfermagem, por um período de até 6 horas.
- 2.3.4.1. A taxa será pertinente para pagamento, baseada na análise da indicação médica, diagnóstico, medicação administrada e justificativa técnica para a permanência em observação, que deverá ser validada tecnicamente pela auditoria. Deverá constar horário de admissão e a alta médica.
- 2.3.4.2. Os valores definidos no item nº 29 (Sala de Observação) da Tabela 5 – SALA DE EXAMES / PROCEDIMENTOS, no Anexo "B", deverão incluir os seguintes serviços ou itens:
- I - Administração de medicamentos, instalação de soro e curativos;
- II - Ar comprimido;
- III - Aspirador elétrico ou à vácuo;
- IV - Bomba de infusão e de seringa;
- V - Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão, reservatório para o medicamento, espaçador, câmara retrátil, umidificador), descartável ou não.
- VI - Desfibrilador/cardioversor;
- VII - Equipamentos para monitorização;
- VIII - Equipamentos/instrumental cirúrgico, anestésico, para reanimação e intubação, ventilação manual e curativos;
- IX - Instalações de equipamentos necessários;
- X - Limpeza e desinfecção do ambiente;
- XI - Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não-estéril, luvas estéreis, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, esparadrapo, micropore, álcool (líquido, gel e swab), formol, PVPI, clorexidina, prontosan e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- XII - Materiais permanentes: Lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- XIII - Monitor multifuncional e multiparamétrico;
- XIV - Procedimentos e cuidados de enfermagem;
- XV - Sensor de oximetria adulto e infantil;
- XVI - Tricotomia;
- XVII - Ventilador mecânico.
- 2.3.4.3. As taxas referentes ao item nº 29 (Sala de Observação) da Tabela 5 – SALA DE EXAMES / PROCEDIMENTOS, no Anexo "B", não serão pagas quando a utilização do ambiente decorrer de:
- I - procedimentos de enfermagem ambulatoriais, como por exemplo, troca de sondas, curativos, retirada de pontos e outros;
- II - casos simples de consultas e administração de medicamentos que não requeiram observação.
- 2.3.4.4. Em caso de pagamento de taxa de observação, não é cabível cobranças de outras taxas para injeção, instalação de soro ou quaisquer outros procedimentos de enfermagem.
- 2.3.4.5. Em caso de pagamento de taxa de sala de gesso e/ou imobilização, exclui-se o pagamento da Taxa de Observação. Serão remuneradas apenas taxa de injeção e instalação de soro, quando houver, não podendo exceder o valor da taxa de sala de observação.
- 2.3.5. **Taxa de injeção:** visa cobrir a aplicação de medicação injetável, paga por cada medicamento administrado, exceto soros. Não é devida quando houver cobrança de taxa de sala de observação. Os valores estão definidos no item nº 32 da Tabela 6 – SERVIÇOS, relacionado no Anexo "B".
- 2.3.6. **Taxa de instalação de soro:** paga-se uma única vez quando se fizer necessária a instalação de soro, independente da quantidade de infusões. Não é devida quando houver cobrança de taxa de sala de observação. Os valores estão definidos no item nº 33 da Tabela 6 – SERVIÇOS, relacionado no Anexo "B".
- 2.3.7. **Taxa de sala de pequeno ato médico realizado fora do centro cirúrgico:** compreende a utilização de sala destinada a realização de procedimentos, executados por profissionais médicos e que não demandem internação hospitalar, realizadas fora do Centro Cirúrgico. Os valores definidos no item nº 30 da Tabela 5 – SALA DE EXAMES / PROCEDIMENTOS, relacionado no Anexo "B", deverão incluir os seguintes serviços ou itens:
- I - Antissepsia da sala e instrumental;
- II - Aparelho de anestesia;
- III - Aspirador;
- IV - Bisturi elétrico;
- V - Bomba de infusão e de seringa;
- VI - Caneta para bisturi elétrico descartável ou não;
- VII - Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão, reservatório para o medicamento, espaçador, câmara retrátil, umidificador), descartável ou não;
- VIII - Desfibrilador/cardioversor;
- IX - Iluminação (focos);
- X - Instrumental cirúrgico;
- XI - Leito;
- XII - Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não-estéril, luvas estéreis, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, esparadrapo, micropore, álcool, formol, PVPI, clorexidina, Prontosan e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- XIII - Mesa principal e mesas auxiliares;
- XIV - Monitor multifuncional e multiparamétrico;
- XV - Sensor de oximetria adulto e infantil;
- XVI - Pacote de curativo;
- XVII - Preparo do paciente (sondagens, tricotomia, tricotomizador);
- XVIII - Procedimentos e cuidados de enfermagem;
- XIX - Rouparia (descartável ou não);
- XX - Ventilador mecânico.
- 2.3.8. **Taxa de sala de imobilização gessada:** deve ser paga nos casos de colocação e substituição de aparelhos gessados. Não deve ser cobrada quando da retirada do aparelho gessado. O pagamento da taxa de sala de cirurgia e da taxa de sala de pequeno ato médico exclui o da taxa de sala de imobilização gessada, quando o aparelho gessado for colocado durante o procedimento ou ato cirúrgico. Os valores definidos no item nº 23 da Tabela 5 – SALA DE EXAMES /PROCEDIMENTOS, relacionado no Anexo "B", deverão incluir os seguintes serviços ou itens:
- I - Instalações de equipamentos necessários;
- II - Instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra do gesso, aventais, campo de proteção descartáveis, esparadrapo e micropore, óculos de proteção, gorro, propé, luva de procedimento não-estéril, luvas estéreis, máscara, demais equipamentos de proteção individual, álcool, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão);
- III - Pacote de curativo; e
- IV - Serviços do profissional que realiza o procedimento.
- 2.3.9. **Taxa de sala de retirada de gesso:** visa cobrir os gastos com a retirada de aparelhos gessados. Os valores definidos no item nº 24 da Tabela 5 – SALA DE EXAMES / PROCEDIMENTOS, relacionada no Anexo "B", deverão incluir os seguintes serviços ou itens:
- I - Instalações de equipamentos necessários;
- II - Instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra do gesso, aventais, campo de proteção descartáveis, esparadrapo e micropore, óculos de proteção, gorro, propé, luva de procedimento não-estéril, luvas estéreis, máscara, demais equipamentos de proteção individual, álcool, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão);
- III - Pacote de curativo; e
- IV - Serviços do profissional que realiza o procedimento.
- 2.3.9.1. Em nenhuma hipótese será paga taxa de sala de imobilização gessada, quando apenas ocorrer a retirada de gesso.
- 2.3.10. **Taxa de sala de imobilização não gessada:** deve ser paga nos casos de colocação e substituição de aparelhos não gessados. Não deve ser cobrada quando da retirada da imobilização. O pagamento da taxa de sala de cirurgia e da taxa de sala de pequeno ato médico exclui o da taxa de sala de imobilização não gessada, quando for colocado durante o procedimento ou ato cirúrgico. Os valores definidos no item nº 25 da Tabela 5 – SALA DE EXAMES / PROCEDIMENTOS, relacionada

no Anexo "B", deverão incluir os seguintes serviços ou itens:

- I - Instalações de equipamentos necessários;
- II - Instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra do gesso, aventais, campo de proteção descartáveis, esparadrapo e micropore, óculos de proteção, gorro, propé, luva de procedimento não-estéril, luvas estéreis, máscara, demais equipamentos de proteção individual, álcool, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- III - Pacote de curativo; e
- IV - Serviços do profissional que realiza o procedimento.

2.3.11. **Taxa de Sala de Hemodinâmica:** visa cobrir os custos do espaço físico, móveis e equipamentos pertencentes à sala, esterilização, uso do instrumental, incluindo aqueles utilizados para procedimentos por vídeo. Os valores definidos no item nº 26 da Tabela 5 – SALA DE EXAMES /PROCEDIMENTOS, relacionada no Anexo "B", deverão incluir os seguintes serviços ou itens:

- I - Compreende todos os itens da Taxa de Sala Cirúrgica e/ou Obstétrica;
- II - Câmeras;
- III - Unidade de pulso;
- IV - Touca do intensificador;
- V - Extensômetro Strain Gauge;
- VI - Projetor e gravador de imagens;
- VII - Repouso do paciente até a sua recuperação em área específica (compreende o leito em estrutura e ambiente de recuperação pós sedação ou anestesia).

2.3.12. **Taxa de Sala de Sessão de Quimioterapia:** visa cobrir os custos do espaço físico, móveis e equipamentos pertencentes à sala, esterilização, uso do instrumental, preparo, manipulação e administração de produtos quimioterápicos que requeiram ambiente e técnicas especiais. Os valores definidos no item nº 27 da Tabela 5 – SALA DE EXAMES / PROCEDIMENTOS, relacionada no Anexo "B", deverão incluir os seguintes serviços ou itens:

- I - Antissepsia da sala e instrumental;
- II - Aspirador;
- III - Bomba de infusão e de seringa;
- IV - Câmara de fluxo laminar;
- V - Desfibrilador/cardioversor;
- VI - Dosador para medicação via oral;
- VII - Extensômetro (tipo Strain Gauge);
- VIII - Extensor de látex, PVC ou silicone para oxigênio e aspiração;
- IX - Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não-estéril, luvas estéreis, máscaras de quaisquer tipos, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, álcool, PVPI, clorexidina, Prontosan, qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, bem como todo o dispositivo de segurança aplicado ao material;
- X - Materiais para o preparo das infusões;
- XI - Monitor multiparâmetros;
- XII - Nebulizador;
- XIII - Projetor e gravador de imagens;
- XIV - Rouparia privativa de enfermagem e médicos;
- XV - Sensor de oximetria adulto e infantil;
- XVI - Serviços de enfermagem inerentes aos procedimentos;
- XVII - Serviços farmacêuticos no preparo da medicação;
- XVIII - Unidade de pulso;
- XIX - Utilização de instrumentais;
- XX - Ventilador mecânico.

2.3.13. **Taxa de Sala de Endoscopia:** Esta taxa se refere ao procedimento realizado em local especializado para procedimentos endoscópicos diagnósticos e intervencionistas independente da via. Os valores definidos no item nº 28 da Tabela 5 – SALA DE EXAMES / PROCEDIMENTOS, relacionada no Anexo "B", deverão incluir os seguintes serviços ou itens:

- I - Antissepsia da sala e instrumental;
- II - Aspirador;
- III - Bomba de infusão e de seringa;
- IV - Desfibrilador/cardioversor;
- V - Iluminação (focos);
- VI - Instrumental cirúrgico;
- VII - Instrumental de anestesia;
- VIII - Leito;
- IX - Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não-estéril, luvas estéreis, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, esparadrapo, micropore, álcool, formol, PVPI, clorexidina, Prontosan e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- X - Mesa principal e mesas auxiliares;
- XI - Monitor multifuncional e multiparamétrico;
- XII - Nebulizador;
- XIII - Procedimentos e cuidados de enfermagem;
- XIV - Projetor e gravador de imagens;
- XV - Repouso do paciente até a sua recuperação em área específica (compreende o leito em estrutura e ambiente de recuperação pós sedação ou anestesia);
- XVI - Rouparia (descartável ou não);
- XVII - Sensor de oximetria adulto e infantil;
- XVIII - Ventilador mecânico;

2.3.14. **Taxa de Equipamentos:** os valores definidos na Tabela 7 - EQUIPAMENTOS / INSTRUMENTOS ESPECIAIS, relacionada no Anexo "B", visam cobrir os custos de utilização, instalação, limpeza, esterilização, desgastes, depreciação, manutenção individual e sistemática dos mesmos;

2.3.14.1. Nos casos de procedimentos envolvendo o uso de equipamentos de vídeo, tais como laparoscópio, endoscópio e outros – tanto cirúrgicos, quanto diagnósticos (voltados à realização de exames) - não serão pagas as UCO's, mas os valores referentes à utilização dos aparelhos, constantes na referida tabela.

2.3.15. **Taxa de admissão e registro de internação e de pronto-socorro:** visam cobrir os custos de recepção, encaminhamento do paciente, abertura e arquivamento de prontuários, preenchimentos de ficha de atendimento, cópias e digitalização, registros e anotações diversas, assim como todo o material de expediente utilizado na acolhida do paciente, geralmente cobrada nos atendimentos de Pronto Socorro e nas internações. Os valores estão definidos na Tabela 8 – SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, relacionada no Anexo "B".

2.3.15.1. Não cabe a cobrança desta taxa de registro quando exclusivamente para consulta; retirada de gesso, retirada de imobilização provisória e remoção de pontos.

2.3.16. **Taxa de Necrotério:** as taxas referentes ao item nº 31 da Tabela 5 – SALA DE EXAMES /PROCEDIMENTOS, relacionada no Anexo "B", visam cobrir os custos de limpeza, conservação e utilização do espaço físico destinado a abrigar o corpo até a sua transferência para outro local, estão incluídas a utilização do instrumental próprio, a limpeza e a conservação do ambiente.

2.3.17. **Gasoterapia:** A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme prescrição médica e anotação em prontuário. Está sendo usado como referência o valor equivalente a uma hora de consumo, podendo a hora ser divisível e calculada de forma fracionada conforme consumo do paciente e registro em prontuário. Os valores referentes ao item nº 54 (OXIGÊNIO CENTRO CIRÚRGICO RESPIRADOR), nº 57 (OXIGÊNIO UTI RESPIRADOR ADULTO) e nº 59 (OXIGÊNIO UTI RESPIRADOR PEDIÁTRICO), da Tabela 9 - GASES do Anexo "B", correspondem à fração inspirada de oxigênio (FIO2) de 100% (cem por cento). Serão remuneradas as porcentagens correspondentes a que os pacientes estiverem utilizando.

2.3.18. **Pacote de curativo:** O pagamento da taxa do pacote de curativo está vinculado à descrição efetiva do uso deste material. O valor está definido no item nº 50 da Tabela 7 - EQUIPAMENTOS /INSTRUMENTOS ESPECIAIS, relacionada no Anexo "B".

ANEXO "B" AO TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025

TABELAS DOS PORTES E TAXAS

TABELA 1: DOS VALORES DOS PORTES E SUB-PORTES UTILIZADOS PARA O CBMDF					
Cód.	Valor (R\$)	Cód.	Valor (R\$)	Cód.	Valor (R\$)
1A	14,15	5C	320,80	10B	1.063,15
1B	28,29	6A	349,41	10C	1.180,03
1C	42,44	6B	384,23	11A	1.248,42
2A	56,60	6C	420,29	11B	1.369,04
2B	74,60	7A	453,86	11C	1.502,09
2C	88,29	7B	502,35	12A	1.556,80
3A	120,64	7C	594,36	12B	1.673,68
3B	154,15	8A	641,62	12C	2.050,44

3C	176,57	8B	672,71	13A	2.256,86
4A	210,14	8C	713,74	13B	2.475,70
4B	230,04	9A	758,51	13C	2.738,08
4C	259,89	9B	829,39	14A	3.051,42
5A	279,77	9C	913,92	14B	3.320,01
5B	302,16	10A	981,08	14C	3.661,96

Obs. Os números representam os "portes" e as letras, os "sub-portes"

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

Tabela 2: DOS VALORES A SEREM PAGOS PELOS SERVIÇOS HOSPITALARES					
2.1 - DIÁRIAS HOSPITALARES - INTEGRAL					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
1	DIÁRIA DE APARTAMENTO	DIA	370,24	328,64	287,04
2	DIÁRIA DE ENFERMARIA	DIA	234,07	207,77	181,47
3	DIÁRIA DE BERÇÁRIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO	DIA	97,90	86,90	75,90
4	DIÁRIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	DIA	1.209,51	1.049,91	937,71
5	DAY CLINIC	ATÉ 12 HORAS	185,12	164,32	143,52

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

2.2 - DIÁRIAS HOSPITALARES - HORAS EXCEDENTES					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
6	HORA EXCEDENTE - APARTAMENTO	HORA	31,15	27,65	24,25
7	HORA EXCEDENTE - ENFERMARIA	HORA	19,58	17,38	15,18
8	HORA EXCEDENTE - BERÇÁRIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO	HORA	8,01	7,11	6,21
9	HORA EXCEDENTE – UNID.DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	HORA	100,57	89,27	77,97

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 3 - TAXAS DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
10	BLOQUEIO DE PLEXO	USO	53,40	47,40	41,40
11	PERIDURAL E/OU RAQUIDIANA	USO	71,20	63,20	55,20
12	GERAL	USO	89,00	79,00	69,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 4 - TAXAS DE SALA DE CIRURGIA					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
13	TAXA DE PORTE 0	USO	143,29	127,19	111,09
14	TAXA DE PORTE 1	USO	334,64	297,04	259,44
15	TAXA DE PORTE 2	USO	501,96	445,56	389,16
16	TAXA DE PORTE 3	USO	669,28	594,08	518,88
17	TAXA DE PORTE 4	USO	836,60	742,60	648,60
18	TAXA DE PORTE 5	USO	1.003,92	891,12	778,32
19	TAXA DE PORTE 6	USO	1.171,24	1.039,64	908,04
20	TAXA DE PORTE 7	USO	1.337,67	1.187,37	1037,07
21	TAXA DE PORTE 8	USO	1.471,43	1.306,10	1175,49
22	TAXA DE PARTO NORMAL / CESARIANA	USO	699,28	549,00	518,88

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 5 - SALA DE EXAMES / PROCEDIMENTOS					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
23	IMOBILIZAÇÃO GESSADA	USO	97,90	86,90	75,90
24	RETIRADA DE GESSO	USO	17,80	15,80	13,80
25	IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA	USO	60,00	50,00	40,00
26	HEMODINÂMICA	USO	1.335,00	1185,00	1035,00
27	QUIMIOTERAPIA	USO	71,20	63,20	55,20
28	ENDOSCOPIA	USO	107,69	95,59	83,49
29	SALA DE OBSERVAÇÃO	ATÉ 6 HORAS	53,40	47,40	41,40
30	TAXA DE PEQUENO ATO MÉDICO REALIZADO FORA DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	143,29	127,19	111,90
31	NECROTÉRIO	USO	53,40	47,40	41,40

Observação: Para os serviços da Hemodinâmica serão pagos valores correspondente ao Tipo B.

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 6 - SERVIÇOS					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
32	INJEÇÃO	APLICAÇÃO	8,90	7,90	6,90
33	INSTALAÇÃO DE SORO	SESSÃO	28,48	25,28	22,08

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 7 - EQUIPAMENTOS / INSTRUMENTOS ESPECIAIS					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
34	ARTROSCÓPIO	EXAME	124,00	110,00	99,00
35	ARTROSCÓPIO	CIRURGIA	350,66	311,26	271,86
36	BOMBA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	USO	356,00	316,00	276,00
37	ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	EXAME	213,60	189,60	165,60
38	ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	CIRURGIA	267,00	237,00	207,00
39	ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO	EXAME	213,00	189,60	165,60
40	ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO	CIRURGIA	1068,00	948,00	828,00
41	ENDOSCÓPIO UROLÓGICO	EXAME	356,00	316,00	276,00
42	ENDOSCÓPIO UROLÓGICO	CIRURGIA	1068,00	948,00	828,00
43	ENDOSCÓPIO GINECOLÓGICO	EXAME	124,00	110,00	99,00
44	ENDOSCÓPIO GINECOLÓGICO	CIRURGIA	350,00	311,26	280,31
45	ENDOSCÓPIO NÃO ESPECIFICADO	EXAME	124,00	110,00	99,00
46	ENDOSCÓPIO NÃO ESPECIFICADO	CIRURGIA	267,00	237,00	213,00
47	LAPAROSCÓPIO CIRÚRGICO	CIRURGIA	1.350,00	1.188,00	1.069,20
48	LAPAROSCÓPIO DIAGNÓSTICO	EXAME	440,55	391,05	315,00
49	LASER CIRÚRGICO	USO	178,00	158,00	138,00
50	PACOTE DE CURATIVO	USO	39,16	34,16	30,36

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 8 - SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
51	ADMISSÃO E REGISTRO EM PRONTO-SOCORRO	SESSÃO	R\$ 26,70	R\$ 23,70	20,70
52	ADMISSÃO E REGISTRO DE INTERNAÇÃO	SESSÃO	R\$ 185,12	R\$ 164,32	143,52

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 9 - GASES					
Nº	ITEM	UNIDADE	TIPO A (R\$)	TIPO B (R\$)	TIPO C (R\$)
53	OXIGÊNIO CENTRO CIRÚRGICO – CATETER OU MÁSCARA	HORA	5,00	5,00	5,00
54	OXIGÊNIO CENTRO CIRÚRGICO RESPIRADOR	HORA/FIO2 100%	42,00	42,00	42,00
55	OXIGÊNIO SOB CATETER OU MÁSCARA (UTI OU APTO)	HORA	5,00	5,00	5,00
56	OXIGÊNIO SOB CATETER PARA NEBULIZAÇÃO	SESSÃO	1,20	1,20	1,20
57	OXIGÊNIO UTI RESPIRADOR ADULTO	HORA/FIO2 100%	42,00	42,00	42,00
58	OXIGÊNIO UTI RESPIRADOR NEONATAL	HORA	18,00	18,00	18,00
59	OXIGÊNIO UTI RESPIRADOR PEDIÁTRICO	HORA/FIO2 100%	20,00	20,00	20,00
60	GÁS CARBÔNICO	HORA	9,00	9,00	9,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 10 - REFEIÇÃO ACOMPANHANTE		
Nº	REFEIÇÃO	PORTE
65	CAFÉ DA MANHÃ	1A
66	ALMOÇO	1A
67	JANTA	1A

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

TABELA 11 - PORTES ANESTÉSICOS	
PORTE	Valor (R\$)

0	275,46
1	127,87
2	187,15
3	275,46
4	407,26
5	630,00
6	879,11
7	1250,77
8	1650,14
Ortognática	3245,60

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

**ANEXO "C" AO TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025
HONORÁRIOS, MEDICAMENTOS, MATERIAIS, SADT**

CAPÍTULO I

1. HONORÁRIOS MÉDICOS

1.1. Ambulatorial

- 1.1.1. Para os atos médicos, hospitalares, de consultório, diagnose e terapia serão pagos o valor da consulta conforme consta no Edital de Credenciamento do CBMDF vigente;
- 1.1.2. A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).
- 1.1.3. O CBMDF poderá efetuar glosas técnicas e médicas, devidamente justificadas, na realização de consultas de um mesmo paciente, por um mesmo médico, pela mesma patologia, dentro de um período inferior ou igual a 15 (quinze) dias, contados a partir do primeiro dia subsequente da realização da consulta. Essa regra não se aplica para as consultas em pronto socorro.
- 1.1.4. A entrega e avaliação dos exames complementares não serão consideradas como consulta;
- 1.1.4.1. A ausência de vaga na agenda do respectivo médico, no período de 30 dias a contar da data do último atendimento, o isenta de cobrar por uma nova consulta, sendo ainda considerado retorno, considerando que o objetivo do atendimento, que é a apresentação de exames solicitados.
- 1.1.5. Se porventura, este retorno ocorrer quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão diagnóstica e/ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta e dessa forma ser remunerada.
- 1.1.6. Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão ser cobradas.
- 1.1.7. NÃO se pagará consulta médica ao credenciado que realizar no mesmo dia um dos seguintes exames ou procedimentos, salvo acordo diferenciado com a fonte pagadora:
- I - Endoscopia digestiva;
- II - Teste ergométrico;
- III - Colonoscopia;
- IV - Broncoscopia;
- V - Polissonografia (não cabe a cobrança de diária);
- VI - Teste de função respiratória / espirometria / prova funcional completa;
- VII - Mapa/holter;
- VIII - Outros exames de caráter eletivo.

1.2. Urgência e Emergência

- 1.2.1. Os honorários médicos terão um acréscimo de 30% nas seguintes eventualidades nos atendimentos de emergência/urgência:
- I - No período compreendido entre 19h e 7h.
- II - Em qualquer horário, aos sábados, domingos e feriados.
- 1.2.1.1. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (SADT), para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado o procedimento de SADT.
- 1.2.1.2. Nos casos de imobilizações os honorários médicos só serão pagos mediante descrição do procedimento realizado por estes profissionais.

1.3. Cirúrgicos

- 1.3.1. Os valores atribuídos a cada procedimento cirúrgico realizado incluem os cuidados pré e pós-operatórios até o 10º décimo dia após o ato cirúrgico, não cabendo ao cirurgião o pagamento de Visita Hospitalar neste período.

1.4. Visita Hospitalar

- 1.4.1. Entende-se que o acompanhamento médico ao paciente internado em qualquer modalidade de internação implica em atendimento integral e continuado. Portanto, não serão cobertas visitas médicas extras, ou de intercorrências, pela mesma especialidade médica que o atendeu previamente dentro das 24 horas.
- 1.4.2. Participação de Especialista: A avaliação pelo especialista deverá ser solicitada pelo médico assistente por escrito em prontuário desde que claramente fuja da sua área de atuação ou de sua competência técnica, constando a devida justificativa para o avaliação por outro profissional.
- 1.4.3. Será remunerada a cada 72 horas a reavaliação pelo especialista (acompanhamento deste profissional), quando devidamente justificada essa necessidade no caso de pacientes comprovadamente graves.
- 1.4.4. Serão pagas visitas de nutrólogos, a cada 72 horas, para pacientes com dieta enteral e, diariamente, aos que estiverem em uso de dieta parental. Não haverá cobertura para pacientes com dieta oral exclusiva.
- 1.4.5. A avaliação pelo médico especialista - resposta de parecer - não será paga quando se tratar de análise de resultados de exames solicitados na visita inicial, tampouco quando a resposta do médico parecerista for indicativa de cirurgia, exame ou procedimento de sua especialidade.
- 1.4.6. Após avaliação do especialista, se não for mais necessária a participação do médico assistente, este deve afastar-se do caso, e o especialista deve assumir o papel de médico assistente.
- 1.4.7. Caso faça-se necessária a assistência de mais um especialista, deverá ser justificado e analisado pela auditoria médica da SEAUD/DISAU.
- 1.4.8. O pagamento de pareceres ou encaminhamento para outras especialidades no Pronto Socorro fica condicionado ao registro inicial de queixas e sintomas. Erros de encaminhamento por deficiência de triagem acarretarão em glosa do atendimento considerado protelador ou desnecessário.
- 1.4.9. Tendo em vista que os procedimentos cirúrgicos incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico, não se paga Visita Hospitalar nas internações cirúrgicas.
- 1.4.10. Para o Fisiatra, o pagamento de visita a paciente internado deve se dar em casos especiais, (ex: Miastenia Gravis, Gillian Barré, Esclerose Múltipla em fase de agudização), mediante a solicitação de avaliação pelo médico assistente e devidamente registrada no prontuário, até o limite de 1 (uma) por semana.
- 1.4.11. Não serão remuneradas visitas que não apresentarem evolução diária com observações pertinentes e que configurem cópia da evolução anterior.
- 1.4.12. Uma vez estabelecida a alta hospitalar, não será remunerada nenhuma outra visita após este horário.
- 1.4.13. Não caberá o acréscimo de 30% nas visitas a pacientes internados em nenhuma hipótese.

1.5. Unidade De Terapia Intensiva

- 1.5.1. O atendimento médico do intensivista em UTI geral, neonatal ou pediátrica (plantão de 12h - por paciente) deve ter como parâmetro de início e término às 7h e às 19h. Contudo, não poderá ser cobrado para o mesmo paciente 02 (dois) plantões de intensivista por um período menor ou igual a 12h.
- 1.5.2. O atendimento do intensivista diarista em UTI será remunerado uma única vez, por dia.
- 1.5.3. Estão incluídos nos honorários do plantonista de UTI: prescrição, evolução, intercorrências, intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos (Ex. Pressão Arterial Invasiva e não-invasiva, capnografia, oximetria, monitorização cerebral, PVC, PAM, Swan-Ganz, Flotrac, entre outros), desfibrilação, cardioversão, cardiocopia, assistência ventilatória, trocas de dispositivos como sondas, cateteres e etc., instalação de PICC e qualquer tipo de acesso arterial e venoso central ou periférico, exceto acesso vascular para hemodiálise.
- 1.5.4. Os atos de especialistas, estes quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando a justificativa pela qual o procedimento não pôde ser realizado pelo solicitante.
- 1.5.5. Não caberá o acréscimo de 30% nas visitas a pacientes internados em nenhuma hipótese.

1.6. Atendimento Ao Recém-Nascido

- 1.6.1. Em caso de parto múltiplo, o atendimento pediátrico a cada recém-nato deve ser considerado individualmente.
- 1.6.2. Se o recém-nascido permanecer internado após o 3º dia, será solicitada a prorrogação de internação com a justificativa para tal, pagando-se a partir daí 1 (uma) visita hospitalar por dia.
- 1.6.3. Se a alta da parturiente anteceder à do recém-nascido e a mesma optar pela permanência hospitalar, o CBMDF não pagará as despesas ficando sob a responsabilidade do titular de arcar com a custa extra hospitalar.
- 1.6.4. Em caso de indicação de alta do recém-nascido antecedendo a da parturiente, o CBMDF não arcará com custos extra hospitalares do recém-nascido.
- 1.6.5. Obrigatoriamente, a partir de 30 dias de vida, o prontuário, cobranças e todo o atendimento deverão ser vinculados ao nome da criança, assim como a Guia CBMDF e o documento (certidão de nascimento) e não mais da mãe.
- 1.6.5.1. Após os 30 dias do nascimento, caso o recém-nascido não tenha sido incluído como beneficiário do sistema de saúde do CBMDF, não haverá custeio na continuidade do atendimento.

2. VALORAÇÃO DOS HONORÁRIOS - CONSULTA, PARECER E VISITA HOSPITALAR

2.1. Honorários médicos

2.1.1. A codificação e as regras gerais para os serviços, quando não constar neste Termo de Referência ou comunicados da DISAU, seguirão a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 2016. O CBMDF recepcionará os novos códigos que surgirem em tabela CBHPM posterior que não encontram-se na edição 2016.

2.1.2. Os valores dos portes para remuneração serão os estabelecidos na Tabela 1, do Anexo "B", tanto para as tabelas deste Termo de Referência, quanto para os códigos da Tabela CBHPM. Deve-se desconsiderar os comunicados oficiais de porte da CBHPM e suas atualizações, bem como qualquer publicação de Resolução Normativa da CNHM da AMB e outras.

2.1.3. Tabela de Honorários: consultas, visitas, parecer e procedimentos:

Nº	CONSULTAS, VISITAS, PARECER E PROCEDIMENTOS	PORTE
1	Consulta eletiva ambulatorial na especialidade de Clínica Médica	2C
2	Grupo 1 Consulta eletiva ambulatorial nas demais especialidades médicas, não elencadas nos grupos 2 e 3.	3A
3	Grupo 2 Consulta eletiva ambulatorial na especialidade de Alergologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Geriatria, Hematologia, Infectologia, Mastologia, Neurologia, Pediatria, Psiquiatria e Reumatologia.	3B
4	Grupo 3 Consulta eletiva ambulatorial na especialidade de Cirurgia Pediátrica, Geneticista, Hepatologista, Neurocirurgia, Radiologia Intervencionista, subespecialidades de Pediatria.	3C
5	Consulta médica em pronto socorro, exceto Pediatria (com relatório e justificativa)	2B
6	Consulta médica em pronto socorro na especialidade de Pediatria (com relatório e justificativa)	3A
7	Visita hospitalar a paciente internado (1.01.02.01-9)	2C
8	Atendimento do intensivista diarista - por dia (1.01.04.01-1)	0,5 de 4A*
9	Atendimento do intensivista em UTI geral ou pediátrica - plantão de 12h (1.01.04.02-0)	3B
10	Avaliação clínica diária enteral (2.02.01.10-9)	2C
11	Avaliação clínica diária parenteral (2.02.01.11-7)	3A
12	Avaliação clínica diária parenteral e enteral (2.02.01.12-5)	3A

*0,5 de 4A corresponde a metade do porte 4A.

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

2.1.4. Para as consultas, visitas, pareceres e procedimentos na tabela do item 2.1.3, já constam os valores finais, não sendo admitido, em hipótese alguma, a dobra dos valores a serem pagos.

2.2. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

2.2.1. Para os procedimentos cirúrgicos abaixo, os códigos a serem considerados serão os estabelecidos na CBHPM estabelecida neste Termo de Referência com os portes estabelecidos na Tabela 1 do Anexo "B", porém, o valor a ser pago deverá observar a regra contida no quadro. Ressalta-se ainda que o valor final não poderá ser dobrado em hipótese alguma, independentemente do tipo de acomodação em que se encontrar o paciente (se em enfermaria ou quarto individual ou UTI).

2.2.2. Tabela de Honorários Cirúrgicos Diferenciados:

Nº	2.5.2. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	VALOR A SER PAGO
1	Honorários médicos de Cirurgia Plástica/Reparadora e Cirurgia Ginecológica (exceuem-se os códigos 3.13.08.00-7; 3.13.09.00-3)	Será pago 3 (três vezes) o valor do porte do honorário médico
2	Honorários médicos de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica e Cirurgia Cardiovascular (quando não constar na Tabela 2.6.1)	Será pago 3 (três vezes) o valor do porte do honorário médico
3	Honorários médicos de Cirurgia Pediátrica	Será pago 7,5 (sete vezes e meio) o valor do porte do honorário médico

2.2.3. Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

2.2.4. Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

2.2.5. Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

2.2.6. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto na CBHPM.

2.2.7. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

2.2.8. Aos procedimentos cirúrgicos de pequena monta, de caráter ambulatorial, não caberá o pagamento em dobro do honorário médico, mesmo que a credenciada opte pela internação do paciente.

2.3. AUXILIARES DE CIRURGIA

2.3.1. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

2.3.2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

2.3.3. A regra acima é válida exclusivamente para códigos cirúrgicos. Quando houver realização de exames juntamente com o ato cirúrgico; como radioscopia, doppler, angiografia; remunerar-se-á o exame uma única vez pelo valor previsto neste Termo de Referência, não se acrescentando valores referentes a auxiliares neste caso.

2.4. INSTRUMENTADOR

2.4.1. Não será paga a taxa de instrumentação cirúrgica/instrumentador.

2.5. HONORÁRIOS DA CIRURGIA CARDÍACA E TORÁCICA.

2.5.1. Os honorários médicos dos cirurgiões cardiovasculares serão pagos pela tabela própria do CBMDF, constante na Tabela abaixo. Os procedimentos que não constarem na referida tabela serão remunerados pela CBHPM estabelecida neste Termo de Referência com os portes estabelecidos na Tabela 1 do Anexo "B", acrescentando-se um fator multiplicador de 3 (três vezes).

TABELA DE HONORÁRIOS CIRÚRGICOS CARDIOVASCULARES		
CIRURGIA CARDÍACA		
Código TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
20101201	Avaliação de Marca Passo	R\$ 330,00
30901014	Ampliação (anel valvar, grandes vasos, átrio, ventrículo)	R\$ 20.000,00
30903017	Aneurismectomia de VE	R\$ 20.000,00
30917026	Cardiomioplastia	R\$ 18.000,00
30917034	Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração)	R\$ 9.500,00
30902029	Cirurgia Multivalvar	R\$ 22.000,00
30901030	Coarctação de Aorta - Correção Cirúrgica	R\$ 13.500,00
30902037	Comissurotomia Valvar	R\$ 20.000,00
30901049	Confecção de Bandagem da Artéria Pulmonar	R\$ 9.500,00
30915015	Correção cirúrgica das arritmias	R\$ 20.000,00

30901057	Correção cirúrgica de Comunicação Interatrial	R\$ 20.000,00
30901065	Correção cirúrgica de Comunicação Interventricular	R\$ 20.000,00
30901081/ 30901111	Correção de Transposições (vasos, câmaras)	R\$ 22.000,00
30912296	Implante Transcateter de Válvula cardíaca	R\$ 8.912,00
30901022	Persistência de Canal Arterial - Correção Cirúrgica	R\$ 13.500,00
30902045	Plastia Valvar	R\$ 20.000,00
30901090	Redirecionamento de fluxo sanguíneo (Anastomose Sistêmico Pulmonar (Blalock - Taussig ou BT modificado) com ou sem CEC)	R\$ 22.000,00
30901103	Ressecção (Infundíbulo, septo, membrana, bandas)	R\$ 20.000,00
30917042	Retirada de tumores intracardíacos	R\$ 22.000,00
30903033	Revascularização + Cirurgia Valvar	R\$ 26.000,00
30903025	Revascularização do Miocárdio	R\$ 21.000,00
30902053	Troca Valvar	R\$ 20.000,00
30903041	Ventriculectomia Parcial	R\$ 20.000,00
ESTIM. CARDÍACA ARTIFICIAL		
Código TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
30904021	Implante de Desfibrilador interno (placas e eletrodos)	R\$ 14.500,00
30904030	Implante de eletrodo atrial	R\$ 1.200,00
30904056	Implante de eletrodo ventricular	R\$ 1.200,00
30904064	Implante de Estimulador Cardíaco Multissítio	R\$ 15.000,00
30904145	Implante de Marca Passo Bicameral	R\$ 5.000,00
30904137	Implante de Marca Passo Monocameral	R\$ 3.000,00
30904170	Implante de monitor de eventos (looper implantável)	R\$ 2.500,00
30904080	Instalação de Marca Passo Epimiocárdico Temporário	R\$ 1.200,00
30904099	Marca Passo à Beira do Leito	R\$ 1.350,00
30904102	Recolocação de eletrodo	R\$ 3.000,00
30904110	Retirada de sistema (Não aplicável na troca de gerador)	R\$ 3.200,00
30911168	Teste de avaliação do limiar de fibrilação ventricular	R\$ 1.500,00
70022405	Troca de Gerador de CDI	R\$ 7.750,00
30904129	Troca de Gerador de MP convencional	R\$ 2.500,00
70022472	Troca de Gerador de resincronizador	R\$ 7.500,00
CIRURGIA VASCULAR / ENDOVASCULAR		
Código TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
30906075	Aneurisma - Outros	R\$ 12.000,00
70022473	Aneurisma roto ou trombosado de aorta abdominal abaixo da artéria renal (códigos: 30910013 + 30906016)	R\$ 20.000,00
70022474	Aneurisma roto ou trombosado de aorta abdominal acima da artéria renal (códigos: 30910030 + 30906024)	R\$ 20.000,00
30906083	Aneurisma torácico ou tóraco-abdominal - correção cirúrgica	R\$ 30.000,00
40812030	Aortografia Abdominal / Torácica	R\$ 1.750,00
40813070	Arteriografia de controle pós-operatória	R\$ 1.750,00
30906164	Arterioplastia de femoral profunda	R\$ 7.000,00
30906176	Correção de Dissecção de Aorta	R\$ 26.000,00
30910080	Embolectomia ou trombo-embolectomia arterial	R\$ 5.000,00
30906164	Endarterectomia Ilíaco-Femoral	R\$ 7.000,00
30908086	Fístula arteriovenosa dos grandes vasos intratorácicos	R\$ 12.500,00
30910145	Lesões vasculares traumáticas intratorácicas	R\$ 20.000,00
30906210	Ligadura de Carótidas ou ramos	R\$ 7.000,00
30906300	Ponte fêmoro-femoral cruzada	R\$ 12.500,00
30906350	Ponte transcervical	R\$ 9.250,00
30912237	Tratamento percutâneo do aneurisma da aorta	R\$ 17.000,00
30906199	Endarterectomia Carotídea	R\$ 7.600,00
CONDIÇÕES ESPECIAIS		
1. Os valores remuneram toda equipe cirúrgica.		
2. Os valores recomendados contemplam o tratamento e re-intervenções para tratamento de complicações como toracotomia por tamponamento, drenagens pleural e/ou pericárdica, instalação de marca-passo temporário, acessos venosos e disseções arteriais para monitorização, desde que realizados na mesma internação. Demais re-intervenções serão cobradas no valor integral acordado.		
3. Os valores propostos já contemplam horário especial.		
4. Em caso de procedimentos múltiplos a cobrança deverá ser de 100% do pacote de maior valor e 30% dos demais.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

2.5.2. Os honorários médicos dos cirurgiões torácicos serão pagos pela tabela própria do CBDMF, constante na Tabela abaixo. Os procedimentos que não constarem na referida tabela serão remunerados pela CBHPM estabelecida neste Termo de Referência com os portes estabelecidos na Tabela 1 do Anexo "B", acrescentando-se um fator multiplicador de 3 (três vezes).

Código TUSS	DESCRIÇÃO	VALOR
30801109	Traqueostomia com Colocação de Órtese Traqueal ou Traqueobrônquica por Via Cervical	R\$ 1.500,00
30804132	Toracostomia com Drenagem Pleural Fechada	R\$ 1.000,00
40201058	Broncoscopia com ou sem Aspirado ou Lavado Brônquico Bilateral	R\$ 500,00
40201031	Broncoscopia com biópsia transbrônquica	R\$ 600,00
CONDIÇÕES ESPECIAIS		
1. Os valores remuneram toda equipe cirúrgica. 2. Os valores propostos já contemplam horário especial. 3. Em caso de procedimentos múltiplos a cobrança seguirá a regra deste Termo de Referência, considerando 70% para via diferenciada ou 50% para mesma via de acesso.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

2.6. PORTES ANESTÉSICOS

2.6.1. Seguir-se-ão as instruções gerais específicas para a anestesiologia da Tabela CBHPM 2016, mantendo-se as regras de valores de portes da Tabela 11 do Anexo "B".

2.6.2. Para as cirurgias reparadoras e funcionais da face (ortognáticas) realizadas por cirurgião buco-maxilo-facial, será remunerado apenas o valor correspondente ao porte específico da Tabela 11 do Anexo "B", independente da quantidade de códigos autorizados para o procedimento, não se admitindo a dobra de valores a serem pagos. Para demais procedimentos realizados pelo cirurgião dentista, a remuneração do anestesiológico será realizada pelo porte 4C, conforme código 3.16.02.34-7.

CAPÍTULO II

3. HONORÁRIOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

3.1. FONOTERAPIA

3.1.1. Não serão pagas avaliações ou visitas, apenas a sessão diária, inclusive no primeiro atendimento.

3.1.2. O valor de cada sessão será o correspondente ao porte 1C.

3.1.3. Não será coberta assistência a pacientes com classificação de disfagia leve ou correspondentes.

3.1.4. Será remunerado 1 (um) atendimento diariamente. Casos excepcionais devem ser justificados e serão analisados pela auditoria médica do CBMDF.

3.2. ODONTOLOGIA

3.2.1. Não será remunerada visita de avaliação para pacientes internados. Casos excepcionais, devidamente justificados, serão analisados pela equipe de auditoria médica do CBMDF.

3.2.2. O valor da visita será o correspondente ao porte 2C, sem qualquer tipo de multiplicação.

3.2.3. Caso o odontólogo julgue necessário tratamento durante a internação, deverá encaminhar solicitação à Auditoria em Saúde do CBMDF antes do início do atendimento para análise.

3.2.4. Não será remunerada nenhum tipo de profilaxia pelo odontólogo.

3.2.5. Em caso de autorização remunerar-se-á pelos mesmos valores da tabela ambulatorial prevista em Edital próprio de odontologia.

3.2.6. Quando previamente autorizado o tratamento com laser para mucosite será remunerado pelo porte 3A.

3.3. FISIOTERAPIA HOSPITALAR

3.3.1. Cada atendimento deverá contemplar obrigatoriamente a fisioterapia motora e respiratória.

3.3.2. Serão remunerados 2 (dois) atendimentos por dia para os pacientes em apartamento ou berçário, 3 (três) em UTI pediátrica e adulta e 4 (quatro) em UTI neonatal.

3.3.3. Caso as evoluções da fisioterapia não atendam o mínimo exigido no item acima, ou se o paciente sair de alta e não for possível realizar todas as sessões, o valor a ser pago será resultante da divisão do valor da diária pela quantidade de sessões de fisioterapia realizadas.

3.3.4. Adotar-se-á os valores da tabela abaixo, conforme correspondência de portes da Tabela 1 do Anexo "B".

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO HOSPITALAR (DIÁRIA)		
LOCAL	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Apartamento	Inclui, no mínimo, duas fisioterapias por dia.	2A
UTI Neonatal	Inclui, no mínimo, quatro fisioterapias por dia.	3A
UTI Pediátrica	Inclui, no mínimo, três fisioterapias por dia.	2C
UTI Adulto	Inclui, no mínimo, três fisioterapias por dia.	2C

3.4. PSICOLOGIA

3.4.1. Não haverá cobertura para psicologia no âmbito hospitalar.

CAPÍTULO III

4. MEDICAMENTOS

4.1. Serão utilizados os valores publicados no Guia Farmacêutico Brasíndice e vigentes na data de sua utilização.

4.2. Os medicamentos serão pagos conforme a prescrição médica;

4.2.1. Será dado preferência ao genérico. No entanto, caso o medicamento de referência seja de valor menor que o genérico, preferir-se-á o fármaco de referência.

4.3. A falta de determinada apresentação nas instalações da credenciada não lhe permite cobrar por outra de preço superior.

4.4. Medicamentos que não constem na referida tabela serão remunerados pelo seu custo, por meio da apresentação de nota fiscal por parte da Credenciada, com data do período do atendimento e preços praticados no mercado.

4.5. O uso de medicamentos novos no mercado (princípio ativo ou apresentação) fica condicionado à análise de custo-benefício pela Seção de Auditoria (SEAUD) do CBMDF por solicitação escrita pela credenciada com as devidas justificativas para utilização de novo produto.

4.5.1. No caso de utilização desses produtos antes da concordância formal por parte da SEAUD, o custo será da credenciada, portanto sujeito à glosa em caso de cobrança.

4.6. O paciente deve ser previamente orientado sobre os medicamentos que irá receber, assim como as vias de administração, o tempo de preparo e infusão e ser questionado sobre histórico de intolerância ou alergia ao princípio ativo.

4.7. Somente serão remunerados medicamentos e materiais que forem desprezados por recusa ou evasão do paciente se as informações do item acima estiverem registradas em prontuário.

4.8. Para medicamentos comuns e de uso restrito hospitalar serão considerados os valores apresentados na coluna Preço de Fábrica (PF) do Guia Farmacêutico Brasíndice acrescidos de majoração de 15% (quinze por cento), destinada a cobrir as despesas com impostos, contribuições, custos administrativos e logísticos.

4.9. Caso o item não conste no referido Guia deverá ser adquirido, mediante autorização prévia do CREDENCIANTE, pelo preço justo de mercado, com apresentação das respectivas Notas Fiscais, sem qualquer majoração. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

4.10. Especialmente para antineoplásicos fica definido, conforme ANVISA, o fracionamento de medicamentos, que deverá ser fornecido segundo as necessidades do paciente, mesmo que em quantidade distinta da embalagem original. O faturamento dos medicamentos será proporcional à quantidade fracionada utilizada e será paga a miligramagem de menor valor disponível, independente da disponibilidade no estoque hospitalar.

5. REGRAS GERAIS SOBRE MEDICAMENTOS:

5.1. Somente serão pagas as medicações prescritas pelo médico assistente e checadas de forma clara por quem as administrou. Deve constar horário, assinatura legível e carimbo do funcionário. Não serão aceitas checagens por terceiros nos prontuários médicos.

5.1.1. As checagens eletrônicas, da mesma forma, devem permitir a identificação clara de quem prescreveu, administrou, o horário e o registro profissional.

5.1.2. Não serão pagas medicações que gerem dúvida sobre a administração, como falta de clareza ou rasura na checagem no prontuário físico; mais de uma forma de confirmação de checagem no prontuário eletrônico como cores ou iconografias múltiplas.

5.1.3. O CBMDF poderá, a qualquer momento e sem agendamento prévio, realizar visitas às instalações da Credenciada, assim como aos pacientes internados, para conferência dos medicamentos utilizados e formas de administração.

5.2. A remuneração dos medicamentos estará condicionada à pertinência das indicações, prescrição, fracionamento, estabilidade, benefícios, resultados e efetividade.

5.3. Os medicamentos de alto custo, valores cujas doses sejam iguais ou superiores ao Porte 7B e componentes de diálise terão seu pagamento condicionado à análise do médico auditor do CBMDF.

5.4. Seguir-se-á o estabelecido pelo fabricante para definição da forma de administração para a dosagem prescrita (se direta, em equipo simples ou em bomba de infusão) independente da política ou protocolo adotado pela instituição. Portanto, não caberá pagamento de equipo de bomba para medicações cuja bula não oriente diretamente administração em bomba de infusão mesmo que a credenciada assim o faça, a menos que sejam devidamente justificados os casos

excepcionais, cabendo análise da auditoria do CBMDF para pagamento.

- 5.5. As diluições das medicações deverão seguir as orientações do fabricante, o que contrariar tais indicações será glosado, sem direito a recurso de glosa.
- 5.6. Todo medicamento de alto custo, além dos antimicrobianos, componentes sanguíneos e dietas dos pacientes internados em UTI terão seu volume registrado no Balanço Hídrico (BH) o qual será analisado pelos auditores.
- 5.6.1. Incongruências de registro entre quaisquer partes do prontuário são passíveis de glosa.
- 5.7. A quantidade de medicamento a ser paga está condicionada à estabilidade descrita em bula independentemente da política ou protocolo adotado pela instituição.
- 5.8. Deverá ser cobrada a apresentação existente no Guia Farmacêutico Brasíndice mais próxima da dosagem prescrita.
- 5.9. Medicamentos líquidos orais serão remunerados por mililitros (ml) mediante prescrição médica e checagem de enfermagem.
- 5.10. Medicamentos em spray ou puffs serão remunerados conforme o valor equivalente das doses fracionadas prescritas e administradas, conforme registro em prontuário, tanto no pronto socorro, quanto nas internações, mesmo que o medicamento seja entregue ao paciente ou familiar. Não haverá cobertura para espaçador descartável/câmara retrátil.
- 5.11. Medicamentos líquidos tópicos e respiratórios, como, por exemplo, colírios e soluções para nebulização, serão remunerados por gotas mediante prescrição médica e checagem de enfermagem.
- 5.12. Medicamentos tópicos, como, por exemplo, pomadas; cremes; gel; curativos, serão remunerados por gramas, de acordo com a prescrição médica, checagem e anotação de enfermagem contendo a quantidade utilizada, além do tamanho da área tratada.
- 5.12.1. No caso de feridas, a área; extensão; profundidade; aspecto; e tipos de tecidos da lesão devem ser descritos.
- 5.12.2. Permanece sob a avaliação da auditoria a quantidade utilizada conforme sua compatibilidade com o uso comum.
- 5.13. Não serão cobertos medicamentos:
 - I - Não registrados na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) ou importados não nacionalizados.
 - II - Para continuidade de tratamento em domicílio iniciados em regime hospitalar.
 - III - Para prevenção;
 - IV - Sem relação com o quadro relatado do paciente ou exame físico;
 - V - cuja indicação não se encontra na bula do medicamento;
 - VI - Novos no mercado que não tenham prévia análise e autorização da equipe técnica do CBMDF;
 - VII - Os seguintes, exceto se justificada a excepcionalidade em casos específicos: Flumazenil (Lanexat); Halexminophen, havendo possibilidade de outras via oral; Carboximaltose férrica (Ferinject); Inibidor de bomba de proton por via parenteral, quando paciente internado fora de ambiente de UTI.
- 5.14. Não serão cobertos em pronto-socorro, além dos citados anteriormente:
 - I - Antimicrobianos (exceção aos de dose única, como Benzetil para causas agudas; e a primeira dose de antibióticos para tratamento de pacientes com indicação de internação);
 - II - Sacarato de hidróxido férrico (Noripurum);
 - III - No caso dos medicamentos dos subitens acima, a primeira dose poderá ser feita na emergência desde que haja relatório, justificativa e previsão de continuidade de tratamento;
 - IV - Inibidor de bomba de proton por via parenteral para causas não relacionadas a dispepsia ou dor epigástrica.
 - V - Ondasetrona (zofran) para causas não relacionadas a náuseas e vômitos.
- 5.15. A apresentação do laço é uma exigência que serve como comprovação complementar do uso da medicação prescrita, não sendo aceito para justificar o pagamento de medicamento referencial.

CAPÍTULO IV

6. **DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS**
 - 6.1. Para produtos definidos como dietas e suplementos (orais, enterais e parenterais) serão considerados os valores do Preço de Fábrica (PF ICMS 17%) do Guia Farmacêutico Brasíndice.
 - 6.1.1. Quando a dieta deixar de constar da tabela citada no item 1.1, será considerado o valor constante da última publicação em que a mesma constava da referida tabela para fins de pagamento.
 - 6.2. Para o pagamento de dietas manipuladas, além de todas as exigências já citadas, deve-se apresentar a prescrição completa de todos os seus componentes, com a identificação clara do paciente, data de prescrição, especialidade do prescritor e volume; e a nota fiscal com os mesmos dados. Será pago o valor de nota fiscal sem acréscimo.
 - 6.3. Para cobertura dos suplementos orais, o paciente deverá se encaixar em 1 ou mais dos critérios abaixo:
 - 6.3.1. Risco Nutricional (segundo NRS, 2002) ou Desnutrição (segundo AND/ASPEN, 2012).
 - 6.3.2. Pacientes em Pré-Operatório de cirurgia de grande porte com perda de peso > 10% em 6 meses ou 5% em 30 dias e/ou IMC < 18,5 e/ou albumina < 3mg/dL.
 - 6.3.3. Paciente Oncológico em pré-operatório de cirurgia de grande porte.
 - 6.3.4. Aumento da demanda nutricional, exemplos: doença de alto catabolismo, lesão por pressão, pé diabético, erisipela, queimaduras.
 - 6.4. As dietas devem estar claramente prescritas pelo médico ou nutricionista especificando o nome comercial e o volume a ser administrado, devendo constar checagem clara da enfermagem com nome e horário administrado.
 - 6.5. O volume infundido nos pacientes em UTIs devem ser registrados no Balanço Hídrico (BH) e serão pagos proporcionalmente conforme esse lançamento.
 - 6.5.1. Incongruências de registro entre quaisquer partes do prontuário são passíveis de glosa.
 - 6.6. As dietas que não constem Guia Farmacêutico Brasíndice serão pagas pelo valor da nota fiscal sem acréscimo.
 - 6.7. As dietas estão sujeitas a análise da auditoria médica do CBMDF.
 - 6.8. Para dietas com valores superiores ao porte 12A, será necessária autorização prévia da auditoria do CBMDF

CAPÍTULO V

7. **INSUMOS RADIOLÓGICOS**
 - 7.1. Serão primariamente remunerados conforme pacotes estabelecidos neste Termo de Referência.
 - 7.2. Casos excepcionais, que não estejam previstos neste Termo de Referência ou quando explicitamente excluído do pacote dos exames de imagem, serão remunerados pelo Preço de Fábrica (PF) do Guia Farmacêutico Brasíndice sem qualquer acréscimo mediante apresentação de laço e apenas o volume descrito como utilizado.
 - 7.3. Somente será pago o contraste quando constar no pedido médico original e cuja necessidade técnica for devidamente justificada na evolução e no pedido médico pelo médico assistente ou médico radiologista.
 - 7.4. As cobranças somente serão remuneradas com a apresentação dos laudos que explicitem o uso do contraste, o devido volume administrado, além da descrição e checagem dos gastos com sua aplicação.
 - 7.5. Não será remunerada a troca de acesso venoso para a infusão do contraste caso o paciente provenha de outra unidade da própria instituição, exceto em caso de perda justificada.
 - 7.6. Não será remunerada seringa para infusão de contraste, nem taxa de bomba de infusão para sua administração.

CAPÍTULO VI

8. **MATERIAIS**
 - 8.1. Adotar-se-á a Tabela Própria do Anexo "D" para o pagamento de materiais descartáveis.
 - 8.2. Para materiais não constantes na referida Tabela utilizar-se-ão valores estabelecidos na Revista SIMPRO com decréscimo de 15% (quinze por cento).
 - 8.2.1. A próxima escolha recairá sobre o Guia Farmacêutico Brasíndice, preservando-se a regra estabelecida para a Revista SIMPRO, no caso da inexistência do item nessa Tabela.
 - 8.2.2. Quando o material deixar de constar nas tabelas citadas nos itens 1.2 e 1.2.1, será considerado o valor constante da última publicação em que o material constava das referidas tabelas para fins de pagamento.
 - 8.3. Os materiais com valores diferentes dos usualmente pagos pelo CBMDF ou acima do preço de mercado necessitarão de prévia justificativa por escrito à SEAUD. Após análise, caso julgue procedente, será feito o pagamento. Nos casos de negativa, será pago o valor intermediário do material de mesma categoria encontrado na Revista SIMPRO, independente da marca.
 - 8.4. Caso o item não conste na Revista SIMPRO nem no Guia Farmacêutico, ele deverá ser adquirido, mediante autorização prévia do Credenciante, cabendo à Credenciada a apresentação de 3 (três) orçamentos com os valores praticados no mercado distribuidor.
 - 8.4.1. Deverá constar na nota fiscal averbação com referência ao nome do paciente, nome do profissional responsável e a data da utilização do produto.
 - 8.4.2. A SEAUD analisará a fatura, especialmente quanto à adequação do custo ao preço de mercado.
 - 8.5. O CBMDF poderá, a qualquer momento e sem agendamento prévio, realizar visitas às instalações da Credenciada, assim como aos pacientes internados, para conferência das marcas e especificações dos materiais e medicamentos utilizados.
 - 8.6. A remuneração dos materiais estará condicionada, primeiramente, à descrição e registro claro de uso, à pertinência das indicações, prescrição (adequação da quantidade), o fracionamento, a quantidade de reuso que o material propicia, a real utilização, os benefícios, resultados e efetividade.
 - 8.7. Materiais cuja apresentação seja múltipla, em forma de pacote e conjunto será paga conforme o número de unidades utilizadas e a análise dos auditores sobre o quantitativo e a destinação.
 - 8.8. Faz-se exceção a esse item os produtos estéreis, cujo pagamento será pelo conjunto que apresenta o quantitativo mais próximo do total utilizado.
 - 8.9. Não serão remunerados kits de produtos como, por exemplo, de fios para sutura e de ataduras para imobilização, a menos que todos os itens do kit sejam descritos e que haja registro claro de uso de todos os seus componentes.
 - 8.10. Materiais fixadores tipo fita (filmes transparentes), coberturas de curativos, malha tubular e outros que podem ser particionadas serão remunerados por centímetros conforme o registro de uso e análise dos auditores sobre o quantitativo e a destinação, quando não inclusos nas taxas de sala ou no rol de itens sem cobertura.
 - 8.11. Para materiais de alto custo, cujos valores são iguais ou superiores ao Porte 10C, o uso deve estar fundamentado em uma questão concreta, e é imprescindível a indicação correta, o benefício ao paciente e a efetividade.
 - 8.11.1. O enfermeiro auditor poderá solicitar análise médica e cotação do material para a liberação destes produtos e de outros que julgarem necessários, mesmo que abaixo dos valores de alto custo e que não sejam considerados OPME.
 - 8.12. O uso dos produtos referidos no item anterior devem ser comprovados mediante apresentação do laço anexado à conta hospitalar, quanto ao tipo, marca e registro da Anvisa que devem estar compatíveis com a cobrança efetuada.
 - 8.13. Além dos lacres dos materiais de alto custo, far-se-á necessário lacres de hemostáticos; produtos para curativos; OPMEs; cateteres (centrais, hemodíalise, arteriais, PICC); campos iodoforados; principais materiais utilizados em hemodíalise, hemodinâmica e centro cirúrgico; quaisquer produtos de uso excepcional; além de outros itens que venham a ser referidos pelo auditor como importante devem ser anexados junto com a cobrança. A apresentação do laço é uma exigência que serve como comprovação complementar da utilização do material, de forma que seguir-se-ão os valores constantes na Tabela Própria de Materiais, mesmo que o laço comprove o uso de produto com valor diferente.
 - 8.13.1. Não serão aceitos lacres apresentados após a análise da fatura pelo auditor.
 - 8.13.2. Nas auditorias digitais que evoluírem para a ausência completa de documentos físicos, após anuência da Diretoria de Saúde do CBMDF, admitir-se-á a imagem do laço desde que o nome do paciente e data de uso estejam manuscritos diretamente no laço de forma clara e legível, além do carimbo do profissional que utilizou o item.
 - 8.14. Não serão acatados recursos cujo motivo da glosa seja ausência do lacres em conta.

- 8.15. A remuneração de materiais novos no mercado fica condicionada à análise de custo-benefício pela SEAUD por solicitação escrita pela credenciada com as devidas justificativas para utilização de novo produto.
- 8.15.1. No caso de utilização desses produtos antes da concordância formal por parte da SEAUD, o custo será da credenciada, portanto sujeito à glosa em caso de cobrança.
- 8.16. Caso o material esteja incluído na composição de taxas ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.
- 8.17. Para produtos com funcionalidades semelhantes remunerar-se-á o de valor inferior, independente de dispositivos de segurança, válvulas, etc.
- 8.18. Para cada procedimento será pago preferencialmente os materiais que visam sua destinação específica ou os que comprovadamente se mostram de melhor custo benefício, por exemplo, cateter arterial para punção arterial invasiva (PAI) e uso de Jelco para paracentese ao invés de cateter venoso central monolúmen (CVC) em ambos os casos.
- 8.18.1. o uso de materiais que desviem da sua função original, terão seu pagamento condicionado à análise da auditoria.
- 8.19. Não serão remunerados materiais:
- a) produtos e mobiliário para prevenção;
- a1) Inclusive colchões especiais, curativos na ausência de lesão, película protetora líquida ou em placa (tipo cavilon, silicone e similares), pomadas.
- b) Com similar não-descartável (material hospitalar permanente, reutilizável, esterilizável).
- b1) A Credenciada que optar por insumo descartável ao invés do reutilizável arcará com o custo dessa escolha.
- c) De equipamento de proteção individual (EPI) de qualquer tipo.
- d) De higiene pessoal conforme RDC 211, 14 de julho de 2005 (ANVISA): Ficam estabelecidas a Definição e a Classificação de Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes (inclusive hidratantes, óleos e emulsões).
- e) Necessários para coleta, processamento ou realização de exames (como, por exemplo: corantes, diluentes, tubos de laboratório; eletrodos para ECG, EEG e PSG; gel...), na manipulação/preparação de quimioterapia.
- f) cujo custo seja coberto por quaisquer taxas previstas neste Termo de Referência.
- g) Para uso domiciliar.
- h) Com defeito de fabricação ou contaminação por parte da equipe na instalação ou manutenção.
- h1) Os seguintes materiais descartáveis ou não: abaixador de língua, absorvente para seio, algodão, anel de postectomia, agentes periuretrais (ex: Macroplastique, Vantris, Deflux, Durasphere), agulha para sutura, agulha para radioablação, agulha de Veress, anuscópio descartável, aparelho de barbear e tricotomizador, aspirador manual Amiu, bandagem elástica aderente tipo Tensoplast, cânula de Guedel, conectores valvulados ou sem agulha (exemplo: microclave, Luer Lock, Luer Slip), cabo de conexão para cateter, calcanheira, cateter bipolar Gold Probe, capa para equipamentos, cateter Trombectomia (ex. Angiojet), cateter tipo nexiva, cinta de qualquer tipo (inclusive com apoio metatarsiano e para estoma), coletor de secreção de qualquer tipo, coletor/frasco para exame inclusive broncoscopia, conector de O2 (látex), CPAP nasal, disco compressor, cotonete, conector para seringa injetora de contraste, colar cervical de espuma, curativo adesivo tipo Band Aid e Blood Stop, Curativo fixador de cateter tegaderm com Gluconato de Clorexidina (CHG), dispositivo Vamp e similares, eletrodo de retorno, eletrodo para desfibrilação; espéculo, escova coletora, espátula, faixas estéticas, filtros HME e HEPA, esclerótomo, extrator de grampos descartável, faixa smarch, fio guia para intubação, fita indicadora biológica/química, fixador tipo Flex track e anchor fast, frasco coletor, forrações ortopédicas, gesso sintético tipo scotchcast, kit de guias/anguladores de agulha para ultrassom, lenço umedecido e toalha para assepsia, materiais para exame (como circuito, eletrodos, gel, papel, seringa), meias de qualquer tipo, oclusor de acrílico, preservativo, pulseira compressiva radial (cateterismo), pulseira de identificação, restritor/contensor de membros, saco coletor de urina, sensores de temperatura invasivo ou similares, serra/lâmina para serra, seringa dosadora tipo oral pack, seringa preenchida/salinizada, suspensório escrotal, tpoia americana, transofix, tubo extensor para aspiração, trefina para biópsia óssea e para autoenxerto, trépano para córnea, umidificador filtrante, umidificador higroscópico.

9. CONDIÇÕES A SEREM OBSERVADAS PARA PAGAMENTO DE:

9.1. AGULHA TIPO HUBER

- 9.1.1. Será paga somente este tipo de agulha para punção de cateter totalmente implantável;
- 9.1.2. Troca a cada 7 (sete) dias.

9.2. BOLSA DE COLOSTOMIA , UROSTOMIA, PLACA BASE ADESIVA E CLAMP

- 9.2.1. Troca da bolsa plástica apenas mediante ruptura;
- 9.2.2. Em caso de má aderência, será pago apenas a placa base adesiva mediante relato;
- 9.2.3. 1 (um) clamp por internação.
- 9.2.4. Apresentação de lacre.

9.3. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

- 9.3.1. 1 (uma) unidade na realização do procedimento, demais trocas mediante autorização;
- 9.3.2. Cânula metálica é considerada material permanente, sendo tratada como OPME.

9.4. CATETER CPAP NASAL

- 9.4.1. 1 (uma) unidade mediante justificativa em relatório para RNs em UTI, devidamente prescrita pelo médico.

9.5. CATETER NASAL DE ALTO FLUXO

- 9.5.1. 1 (um) por internação, ficando o pagamento condicionado à análise da auditoria médica da SEAUD conforme às justificativas em prontuário.

9.6. CATETER DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA PARA DÉBITO CARDÍACO

- 9.6.1. Paga-se mediante autorização e cotação da auditoria do CBMDF;
- 9.6.2. Será remunerado exclusivamente para os casos de cirurgia cardíaca. Demais casos de alto risco cirúrgico deverão ser autorizados pela auditoria médica do CBMDF.

9.7. CATETER PERIDURAL

- 9.7.1. 1 (uma) unidade por procedimento anestésico.
- 9.7.2. será remunerada exclusivamente a agulha peridural. Em regra, não se pagará o kit peridural que inclui o cateter para infusão contínua e demanda vigilância de anestesista. O pagamento deste último fica condicionado à análise do auditor do CBMDF diante de cirurgias prolongadas e procedimentos cujo nível alérgico pós-operatório destaca-se por ser mais elevado, como nas grandes abordagens torácicas.

9.8. CATETER VENOSO CENTRAL E PICC

- 9.8.1. O pagamento ocorrerá mediante descrição de passagem do cateter pelo profissional que realizou o procedimento, além da apresentação dos gastos e respectivo invólucro;
- 9.8.2. Justificativa para instalação de PICC unicamente como estratégia para reduzir o risco de infecção em pacientes internados não será acatada.
- 9.8.3. A PICC será remunerada conforme pacote deste Termo de Referência.
- 9.8.4. Não será custeado a realização de procedimento de implantação de PICC ou de acesso venoso central (incluindo cateter duplo lumen para terapia renal substitutiva) realizado em ambiente de hemodinâmica, centro cirúrgico ou assemblado.
- 9.8.5. Seguir as seguintes indicações:
- 9.8.5.1. Administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados em pacientes com instabilidade hemodinâmica instalada ou previsível;
- 9.8.5.2. Administração de soluções/medicamentos que não podem ser administrados por via periférica;
- 9.8.5.3. Não apresentar condições reais de acesso venoso por venoclise periférica com registro claro em prontuário da condição do paciente e das várias tentativas falhas de punção;

9.9. CATETER PICCO E COMPONENTES ASSOCIADOS

- 9.9.1. Não serão autorizadas cobranças de transdutores ou cateteres além dos necessários para o funcionamento adequado do sistema PICCO, exceto nos casos em que houver necessidade clínica comprovada para mensuração de PVC, com a devida justificativa e registro dos valores de PVC.
- 9.9.2. Todos os parâmetros monitorizados devem ser devidamente registrados no prontuário do paciente, incluindo débito cardíaco, volume sistólico, ITBV, Pressão Arterial Média, Volume Sistólico, etc.

9.10. CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

- 9.10.1. 1 (um) cateter por punção. Uso de mais de uma unidade deve ser justificada.
- 9.10.2. Troca a cada 96 horas, prazos inferiores devem ser justificados (obstrução, infiltração, flebite e em pacientes hipovolêmicos, como politraumatizados, por exemplo).
- 9.10.3. Não serão remuneradas trocas de AVP por mudança de unidade dentro da mesma credenciada fora do prazo previsto.

9.11. CURATIVO DE CVC E PICC

- 9.11.1. Micropore e gaze: a cada 24 horas ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido.
- 9.11.2. Filme transparente: trocar a cada 7 (sete) dias, ou de acordo com a orientação do fabricante. É necessário o registro da data da última troca. Exceção se faz na pediatria, cuja troca somente ocorrerá em caso de descolamento ou sangramento.

9.12. CAMPO CIRÚRGICO STERI-DRAPE/ IODOPORADO

- 9.12.1. O pagamento é restrito a cirurgias abertas limpas, de longa duração, cuja complicação infecciosa no pós-operatório envolva grave risco ao paciente como nas cirurgias cardíacas, neurológicas, de coluna e de colocação de próteses ortopédicas desde que presente no relato cirúrgico e com o invólucro anexo à conta.

9.13. COLETOR DE URINA TIPO JONTEX

- 9.13.1. 1 (um) dispositivo a cada 24 horas, conforme registro.

9.14. COTONÓIDES

- 9.14.1. Em neurocirurgias e otorrino cirurgias, por unidade efetivamente utilizada, conforme descrição cirúrgica da utilização e invólucro anexado em prontuário;
 9.14.2. As quantidades serão analisadas pela Auditoria Médica.

9.15. ELETRODO DESCARTÁVEL

5 unidades para monitorização no Centro Cirúrgico e na UTI, a cada 24 horas, desde que evoluídos.
 Eletrodo neonatal será remunerado no máximo 1 (um) a cada parcial.

9.16. EQUIPOS

9.16.1. Tabela de Utilização de Equipos

Item	Utilização dos Equipos	Troca
1	Infusão contínua (hidratação com ou sem eletrólitos, medicamentos e outros), utilizando equipos comuns e especiais, microgotas e bomba infusora*	96 horas
2	Infusão intermitente (inclusive antimicrobianos)	24 horas
3	Nutrição parenteral	a cada bolsa
4	Nutrição enteral	24 horas
5	Infusões lipídicas e derivados	12 horas
6	Sangue e hemocomponentes	a cada bolsa
7	Quimioterapia	a cada aplicação
8	Sistema fechado de monitorização hemodinâmica e pressão arterial invasiva	96 horas

- 9.16.1.1. As reposições hidroeletrólíticas diárias incluem-se nessa categoria de infusão contínua, mesmo que interrompidas temporariamente dentro do período das 96h.
 9.16.2. Utilizar-se-ão equipos especiais (como fotossensíveis e livres de DEHP e outras substâncias) apenas quando a droga/dieta administrada o exigir por indicação do fabricante.
 9.16.3. Não será pago equipo de bomba de infusão para antibioticoterapia e soroterapia, salvo com a devida justificativa que será analisada pelo auditor.
 9.16.4. Infusões com volumes controlados iguais ou inferiores a 60 mL devem ser administrados por bomba de seringa.
 9.16.5. Administrar-se-á medicamentos/soluções em bomba comum apenas quando houver orientação clara do fabricante, inclusive na neonatologia e pediatria, qualquer exceção deve ser justificada e previamente autorizada pela auditoria do CBMDF.
 9.16.6. Em casos de perda de acesso venoso ou arterial antes do prazo de troca previsto, não serão remunerados novos equipos e dispositivos juntamente com a troca do acesso. Pagar-se-ão novos equipos, transdutores e dispositivos conectados ao acesso a ser substituído somente quando a troca se der por motivo de infecção do sítio.
 9.16.7. Protocolos e rotinas da instituição não constituem justificativa para troca fora dos prazos descritos neste Termo de Referência.

9.17. FILME TRANSPARENTE

9.17.1. Serão pagos por centímetro conforme justificativa de uso quando não forem remunerados na taxa de sala ou diária. Os excessos serão analisados pela Auditoria Médica e de Enfermagem do CBMDF.

9.18. FIXADORES DE TUBO (TOT), TRAQUEOSTOMIA (TQT), SONDA VESICAL, SONDA NASOENTERAL (SNE) E NASOGÁSTRICA (SNG)

9.18.1. 1 (um) por parcial de cobrança.

9.19. HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL

9.19.1. Mediante justificativa médica em descrição cirúrgica, devendo o respectivo invólucro acompanhar a conta, ficando sujeito à análise de auditoria médica e de enfermagem.

9.20. MANTA TÉRMICA

- 9.20.1. 01 (uma) unidade por internação;
 9.20.2. Cirurgias de porte igual ou maior que 6 acima de 4h de duração;
 9.20.3. Pacientes neonatos, pediátricos e idosos em procedimentos acima de 60 minutos;
 9.20.4. Grandes queimados;
 9.20.5. Politraumatizados;
 9.20.6. UTI – pacientes com hipotermia, baixo débito e disfunção de múltiplos órgãos (primeiras 72 horas);
 9.20.7. Registro de uso, checagem e lacre.

9.21. PLACA DE HIDROCOLÓIDE, SILICONE E SIMILARES

9.21.1. 1 (uma) unidade a cada sete (7) dias mediante justificativa. A troca antes do tempo estipulado ficará sujeita à análise dos auditores.
 9.21.2. O pagamento ficará condicionado à análise do enfermeiro auditor do CBMDF, para casos como de pacientes acamados e com alto de risco de úlcera de pressão.

9.22. PERFUSOR SET

9.22.1. Mediante comprovação da utilização da bomba de seringa.

9.23. SENSOR ACUMEN

- 9.23.1. A primeira escolha entre Sensores Acumen e FloTrac, para fins de pagamento será o FloTrac, devido ao seu custo-benefício e capacidade de fornecer parâmetros hemodinâmicos críticos em tempo real.
 9.23.2. Pacientes com alto risco de episódios hipotensivos graves ou instabilidade hemodinâmica que possam se beneficiar da previsão de hipotensão.
 9.23.3. Procedimentos cirúrgicos de grande porte ou de alto risco onde a antecipação de eventos hipotensivos pode melhorar significativamente o desfecho clínico.
 9.23.4. A indicação para o uso do Acumen deve ser acompanhada de uma justificativa clínica detalhada no prontuário médico, explicando por que os recursos adicionais do Acumen são necessários para o manejo do paciente.
 9.23.5. Devem ser registrados os parâmetros fornecidos pelo dispositivo, incluindo o Índice de Previsão de Hipotensão (HPI) e as intervenções realizadas com base nesses dados.
 9.23.6. Deve constar no prontuário o registro dos parâmetros críticos, como: Débito Cardíaco, Pressão Arterial Média, Volume Sistólico, etc.

9.24. SENSOR ADESIVO DE MONITORAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA - MODELO BIS, CONOX

- 9.24.1. Para cirurgias com tempo anestésico > 180 minutos.
 9.24.2. Em pacientes idosos > 60 anos.
 9.24.3. Hepatopatas ou com insuficiência cardíaca grave.

9.25. SENSOR OXÍMETRO DESCARTÁVEL

- 9.25.1. Remunerado exclusivamente na internação de neonatos e pediatria que necessitem de monitorização contínua.
 9.25.2. Para análises únicas, testes e exames será considerado o uso do oxímetro não descartável.
 9.25.3. Será remunerado no máximo 1 (um) por parcial.

9.26. SERINGAS

- 9.26.1. Serão remuneradas conforme registro e descrição de medicamentos administrados e procedimentos realizados.
 9.26.2. Seringa de 50/60 ml: será remunerada perante prescrição médica e justificativa da utilização, sendo sujeito à análise da Auditoria Médica e de Enfermagem do CBMDF.
 9.26.3. Não será pago seringa preenchida com solução salina.

9.27. SISTEMA DE INCONTINÊNCIA FECAL

9.27.1. Exclusivamente para paciente com evacuação líquida contínua, de longa duração e acamados, ficando sujeito à análise da Auditoria do CBMDF.

9.28. SISTEMA DE COMPRESSÃO DE MEMBROS INFERIORES (Perneira)

- 9.28.1. Na impossibilidade de anticoagulação, quando devidamente justificado e comprovado;
 9.28.2. Somente 1 (uma) por internação;

- 9.28.3. Mediante análise da equipe de auditoria do CBMDF.
- 9.29. **SONDA DE ASPIRAÇÃO DESCARTÁVEL**
- 9.29.1. Conforme descrição de gastos.
- 9.30. **SONDA NASOENTERAL (SNE)**
- 9.30.1. 1 (uma) unidade por internação.
- 9.30.2. Deverá constar em prescrição médica e a evolução da inserção da sonda nasoenteral. O invólucro deverá acompanhar a conta médica.
- 9.30.3. Se houver troca, deverá ser devidamente justificada.
- 9.30.3.1. Troca devido negligência na manutenção da SNE, quanto a permeabilidade, fixação ou não contenção de pacientes sabidamente desorientados e agitados, não serão cobertas.
- 9.31. **SONDA DE GASTROSTOMIA**
- 9.31.1. Troca em caso de vazamento de dieta, obstrução da sonda ou saída accidental, devidamente justificado e desde que não seja resultado de negligência por parte da equipe responsável pelo cuidado.
- 9.32. **SONDA VESICAL DE DEMORA E BOLSA COLETORA**
- 9.32.1. 1 (um) sistema por internação.
- 9.32.2. Trocas deverão estar prescritas pelo médico, evoluídas pela enfermagem e justificada em prontuário, ficando sujeito a análise da Auditoria do CBMDF.
- 9.32.3. Pagar-se-á preferencialmente sonda de látex. O uso de sondas siliconizadas ou de silicone deverá ser devidamente justificado (como mielomeningocele, alergia ao látex), ficando sujeito a análise da Auditoria do CBMDF.
- 9.33. **TRANSDUTOR DE PRESSÃO ARTERIAL**
- 9.33.1. a cada 96 horas, desde que haja comprovação da necessidade da monitorização invasiva, além da evolução da instalação e lacre do produto.
- 9.34. **TIRA E LANCETA PARA GLUCEMIA**
- 9.34.1. Mediante checagem da enfermagem e anotação do resultado em evolução. Não serão remuneradas lancetas contaminadas pelo executante.
- 9.35. **TUBO OROTRAQUEAL**
- 9.35.1. 1 (uma) unidade a cada procedimento, seja no centro cirúrgico ou internação, constando devidamente no relatório cirúrgico ou evolução médica.
- 9.35.2. Não serão remunerados tubos orotraqueais especiais, exceto aramado nas condições citadas neste Termo de Referência.
- 9.35.2.1. O gasto de mais de uma unidade deverá ser justificado, ficando sujeito a análise da Auditoria do CBMDF. Casos de contaminação ou defeito do material não serão remunerados.
- 9.36. **TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO**
- 9.36.1. cirurgia de cabeça e pescoço e otorrino;
- 9.36.2. cirurgia com posicionamento ventral ou canivete.
- 9.37. **CURATIVOS**
- 9.37.1. Em Pronto Socorro será remunerado exclusivamente o primeiro atendimento decorrente da ocorrência ou agravamento de ferida.
- 9.37.1.1. A continuação do tratamento fica condicionada à autorização para acompanhamento eletivo, para isso o médico assistente deve fornecer ao usuário o relatório da condição da ferida e a solicitação com o número de trocas necessárias, o qual será encaminhado para análise da Auditoria do CBMDF.
- 9.37.2. Nos pacientes internados com previsão de trocas frequentes ou diárias deve-se utilizar coberturas cuja previsão de troca seja mais curta, com indicação e custo benefício compatível com essa frequência.
- 9.37.2.1. Caso adote-se coberturas de custo mais elevado que tenham possibilidade de troca acima de 24 horas, pagar-se-á a cobertura primária dentro do período de troca previsto pelo fabricante e diariamente a cobertura secundária que esteja com extravasamento de exsudato ou sujidade.
- 9.37.3. A frequência de troca, coberturas e outros materiais utilizados ficará sujeito à análise da Auditoria de Enfermagem do CBMDF, mediante as informações constantes nos relatórios e evoluções, que devem registrar: local; número de lesões; dimensão; profundidade; leito da ferida (fibrótico, necrótico, em granulação e epitelização); bordos da ferida (maceração, contorno, retração, coloração); área peri-ferida (íntegra, fragilizada, avermelhada, ressecada, descamativa, eczematosa); grau de contaminação (limpa, contaminada ou infectada); presença de odor (fétido ou característico); e o exsudato quanto a quantidade (pequeno, moderado ou abundante), características (seroso, hemático, serohemático, purulento, seropurulento, fibrinoso) e coloração (esverdeado, esbranquiçado, amarelado, achocolatado, acastanhado).
- 9.37.4. Não será remunerada a troca de curativos que demonstram serem cópias de evoluções anteriores, tampouco trocas baseadas na rotina da instituição.
- 9.37.5. Tabela com Tipos de Cobertura e Indicações de Curativo.
- 9.38. FIXADOR STATLOCK PARA PICC
- 9.38.1. Trocas serão pagas a cada 7 dias.
- 9.38.2. O primeiro uso do fixador Statlock está incluso no pacote de inserção do cateter PICC, previsto neste TR, anexo E.

Nº	Tipo de Cobertura	Ação	Indicação
1	Papáina	Estimula a proliferação celular, desbridamento químico, bacteriostático, bactericida, antiinflamatório, aumenta a força tênsil da cicatriz e diminui a formação de queleide.	2% - em granulação acima de 2% - desbridamento em tecidos necróticos.
2	AGE – Ácidos Graxos Essenciais	Promove quimiotaxia e angiogênese, mantém o meio úmido e acelera a granulação.	Em granulação, bordas e periferida.
3	Gaze não aderente	Mantém o meio úmido e acelera a cicatrização reduzem a aderência ao leito da ferida, permitem o extravasamento do exsudato e minimizam o trauma tecidual durante a remoção.	Em granulação e hipergranulação, bordos e peri ferida.
4	Alginato de cálcio	Hemostasia mantém o meio úmido, absorve o exsudato e preenche cavidades.	Feridas cavitárias, exsudativas, tecido vinhoso e áreas de exposição óssea.
5	Alginato com prata	Mantém o meio úmido e facilita a cicatrização, é bactericida e apresenta alta capacidade de absorção, hemostático.	Feridas com exsudação abundante com ou sem infecção, feridas cavitárias feridas sanguinolentas, (queimaduras de 2º grau, úlcera (lesão) por pressão e vasculares).
6	Carvão ativado e prata	Mantém o meio úmido, absorve o exsudato e é bactericida.	Feridas infectadas, fétidas e altamente exsudativas. Não utilizar em áreas de exposição óssea.
7	Hidrocolóide	Mantém o meio úmido e aquecido, estimula neoangiogênese e autólise, são impermeáveis a microorganismos.	Feridas limpas, pouco exsudativas e prevenção de úlcera (lesão) por pressão. Não utilizar como curativo secundário.
8	Hidropolímeros com prata	Mantém o meio úmido, absorve o exsudato e bactericida.	Feridas infectadas, fétidas e altamente exsudativas.
9	Hidropolímeros sem prata	Mantém o meio úmido ideal para cicatrização, promovem desbridamento autolítico, removem excesso de exsudato e diminuem odor da ferida.	Feridas exsudativas, limpas, em fase de granulação; feridas superficiais; feridas cavitárias.
10	Hidrofibra com prata	Mantém o meio úmido e facilita a cicatrização, é bactericida e apresenta alta capacidade de absorção.	Feridas com exsudação abundante com ou sem infecção, feridas cavitárias feridas sanguinolentas, (queimaduras de 2º grau, pressão e vasculares).
11	Hidrogel	Mantém o meio úmido e é autolítico.	Desbridamento autolítico e hidratação da ferida.
12	Sulfadiazina de prata a 1%	Bactericida e bacteriostática.	Queimaduras. Trocar o curativo a cada 12 horas e fazer cobertura de 5 mm de creme.
13	Colagenase	Desbridamento enzimático.	Desbridamento em tecidos necróticos. Degrada fatores de crescimento importantes no processo cicatricial e receptores de membrana celular.
14	Espumas de poliuretano	Absorve exsudato, mantém o leito da ferida úmido acelerando a cicatrização, não aderente, facilidade de aplicação e remoção.	Tratamento de lesões de pele superficiais que cicatrizam por segunda intenção lesões profundas, em fase de granulação com níveis de exsudato moderados ou elevados.

CAPÍTULO VII

10. **SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO- SADT**
- 10.1. Todos os pedidos de exames deverão ser originais e constar o código do procedimento, o diagnóstico ou hipótese diagnóstica, relatório e justificativa, para que sejam avaliados pela Auditoria em Saúde do CBMDF.
- 10.2. A codificação e as regras gerais de SADT, quando não especificado neste Termo de Referência e nos comunicados da DISAU, seguirão a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 2016.
- 10.3. Os exames complementares e procedimentos deverão ser solicitados quando considerados indispensáveis para a elucidação diagnóstica e/ou controle de evolução de doenças, sendo vedado ao profissional solicitar exames e procedimentos fora de sua área de especialização ou atuação.

- 10.4. Procedimentos cuja justificativa no pedido médico seja diferente ou com informações não apresentadas no relatório do PS/evolução médica não serão remunerados, bem como os que não estiverem relacionados com a suspeita diagnóstica, cuja justificativa e sintomatologia seja incompatível com os exames solicitados ou estejam fora da janela de detecção.
- 10.5. Obrigatoriamente o laudo deve ser apresentado, assim como relatórios ou descrições de procedimento realizado, e deve evidenciar a data e hora da realização do exame, que serão a referência para pagamento da fatura.
- 10.5.1. O laudo deve ser apresentado durante o período de atendimento do usuário no Pronto Socorro ou internação, de forma que tenha a garantia da análise de seu exame, sob pena de glosa. Exceção se faz para exame de cultura, quando dentro das condições deste Termo de Referência.
- 10.6. Exames, protocolos e procedimentos novos, não incluídos na CBHPM 2016, serão analisados para serem recepcionados pelo CBMDF.
- 10.7. Em caso de exames necessários para análises diagnósticas e condutas de tratamento possíveis por diferentes métodos, optar-se-á pelo de menor custo.
- 10.8. No caso de sobreposição de exames, quando existem cobranças de códigos diferentes, compreendido no outro, pagar-se-á o que for mais compatível e coerente com a descrição, quadro e indicação do paciente.
- 10.9. Em casos de diagnósticos que demandem vários exames, especialmente os de causa cardíaca, vascular e neurológica, estes devem ser realizados na ordem prevista nos protocolos nacionais e internacionais.
- 10.10. Exames solicitados simultaneamente, sem observância do escalonamento, serão glosados. Protocolos e rotinas da instituição não constituem justificativa para realização de exames e procedimentos.
- 10.11. Não haverá acréscimo ou fator multiplicador sobre o custo de SADTs em nenhuma hipótese, ainda que realizados em horários especiais ou durante internações.
- 10.12. São considerados incluídos no custo dos SADTs os materiais necessários para coleta, preparação, processamento e realização dos exames (como, por exemplo: corantes, diluentes, tubos de laboratório; eletrodos para ECG, EEG e PSG; gel).
- 10.13. Não será coberto exame de bioimpedância, exame muscular ou de força durante a internação ou pronto socorro, exceções devem ser previamente solicitadas e justificadas.
- 10.14. O valor da UCO (Unidade de Custo Operacional) será de R\$ 10,00 (dez reais), exceto o de exames laboratoriais e de anatomia patológica que será de R\$ 11,00 (onze reais). Observa-se que somente será aplicada para os códigos correspondentes a SADTs (Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapia).
- 10.15. Será adotado o valor de R\$ 25,79 (vinte e cinco reais e setenta e nove centavos) para o pagamento do filme radiológico.

11. EXAMES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 11.1. Não necessitam de autorização prévia, no entanto, todos os exames devem apresentar justificativas, relatórios, exame físico, registro de queixas, evoluções e laudos que sejam compatíveis entre si e com o quadro clínico/emergencial/emergência suspeito, ou seja, que exigem atendimento imediato sob risco de agravo ou morte.
- 11.1.1. Casos analisados pela equipe de Auditoria em Saúde do CBMDF que não configurem urgência ou emergência, mas possuam caráter eletivo serão auditados e terão apenas 50% (cinquenta por cento) de seu valor final pagos. Essa diferença no pagamento visa desestimular a prática do ato.
- 11.1.1.1. Se a justificativa apresentada for incompatível com o exame realizado, ou mostrar exagero nos pedidos para o quadro registrado, a glosa será total.
- 11.2. Não haverá cobertura:
- 11.2.1. Por solicitação do próprio paciente.
- 11.2.2. Exames com finalidade diferente da estabelecida pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Por exemplo, realização de exame de imagem para diagnóstico quando existe teste laboratorial de menor custo ou maior especificidade disponível.
- 11.2.3. Exames de pré-natal (pagamento exclusivamente por meio ambulatorial).
- 11.2.4. Citogenéticos.
- 11.2.5. Pré-admissionais.
- 11.2.6. Pré-operatórios eletivos, os quais poderão ser autorizados ambulatorialmente.
- 11.2.7. Qualquer exame cujo resultado sabidamente não possa ser liberado e analisado dentro do atendimento que gerou a demanda, exceto para recém-nascidos conforme especificado neste Termo de Referência, e cultura de urina para pacientes com registro de ITU resistente ao tratamento.

12. MEDICINA NUCLEAR (4.07.00.00-3) E EXAMES MECÂNICOS E FUNCIONAIS (4.01.00.00-6)

- 12.1. São considerados, em regra, como eletivos e ambulatoriais. Casos excepcionais deverão ser justificados e submetidos à análise posterior do auditor.
- 12.2. Exceções a esta regra:
- 12.2.1. Eletrocardiograma (ECG), não precisa de autorização, no entanto, deve constar a análise/interpretação por escrito do exame pelo médico solicitante ou cardiologista. A ausência desse, configura glosa total do exame e sua taxa de utilização.
- 12.2.2. Eletroencefalograma (EEG) no caso de avaliação de morte encefálica que siga a Resolução CFM nº 2.173/17, não necessita de autorização prévia. Não será remunerada a sobreposição de códigos em nenhuma situação. O descumprimento destas premissas estará sujeito à glosa.

13. EXAMES LABORATORIAIS, DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

- 13.1. Regras gerais
- 13.1.1. Os exames laboratoriais serão pagos pela Tabela CBHPM 2016, UCO de R\$ 11,00.
- 13.1.2. Não será aceito a cobrança de sobreposição de exames, (ex.: hematócrito + hemograma).
- 13.1.3. Obrigatoriamente o laudo deve ser apresentado e deve evidenciar a data e hora da coleta, que serão a referência para pagamento da fatura.
- 13.1.4. Remunerar-se-á 1 (uma) vez ao dia o mesmo código de exame, caso se faça necessário coletas repetidas, poderá ser pago mediante justificativa adequada.
- 13.1.4.1. comprovada a necessidade de exames seriados, como gasometria, por exemplo, devem ser apresentados juntos e por ordem de coleta.
- 13.1.5. No caso de coletas de gasometria que envolvam análise de eletrólitos, conforme a justificativa devida para o caso, será remunerada pelo código 4.03.02.02-4, não se admitindo cobranças de códigos de eletrólitos separadamente.
- 13.1.6. A gasometria venosa será paga somente em pacientes com doenças renais, pulmonares e metabólicas, em casos excepcionais deverá ser enviada justificativa para análise da equipe de auditoria médica.
- 13.1.6.1. Em caso de pedido concomitante de gasometria arterial e gasometria venosa, será pago apenas um exame.
- 13.1.7. Antibiograma somente será pago em caso de cultura com resultado positivo.
- 13.1.8. Para exames de cobertura obrigatória realizados em recém-nascidos durante a internação cujos resultados sejam disponibilizados após a alta, deverão constar em prontuário Termo de Ciência de um dos pais (conforme modelo no Anexo G) sobre a realização do exame e responsabilidade dos mesmos para a retirada dos laudos.
- 13.1.8.1. Será coberto pelo CBMDF o Teste do Pezinho Ampliado (TUSS 4.03.12.17-8) que idealmente deve ser realizado entre o terceiro e o quinto dia de vida. Se a criança estiver internada com mais de 72 horas de vida, o teste do pezinho deve ser colhido na maternidade. No caso da criança prematura, a coleta deve ser realizada entre o quinto e o décimo dia de vida.
- 13.1.8.2. Para a triagem auditiva neonatal (TAN) para RNs sem indicador de risco, utiliza-se o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE)- TUSS 4.01.03.45-5. Em caso de falha, o teste é repetido. Se houver persistência, realizar o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico. Para os RNs com indicador de risco, utiliza-se o teste de Peate e na ausência de resposta satisfatória, o reteste com Peate-A em 35 dBnNA se dará em 30 dias.
- 13.1.8.3. Outros exames complementares devem ter justificativa médica, contendo o risco do recém-nascido para determinada doença.

14. EXAMES LABORATORIAIS EM PRONTO SOCORRO

- 14.1. Não serão remunerados (além dos já citados neste Termo de Referência):
- 14.1.1. hormônios;
- 14.1.2. beta-Hcg (exceto em casos em que haja suspeita de gravidez, a qual poderá interferir na definição do tratamento). Apenas para confirmação de gravidez sem outras sintomatologias envolvidas, não será coberto;
- 14.1.3. tipagem sanguínea e fator Rh (exceto nos casos de hemoterapia);
- 14.1.4. os que visem exclusivamente confirmação de patologias transmissíveis por relato de contato com outros positivados, como, por exemplo, no caso de Covid, as quais podem ser realizadas eletivamente quando da ausência de gravidade ou que não impliquem na adoção de condutas específicas de tratamento mesmo com a positividade do resultado.
- 14.1.5. os testes de Influenza não serão remunerados, exceto para pacientes do grupo de risco (idosos e comorbidades).
- 14.1.6. Testes de painel viral não serão remunerados, exceto para pacientes com insuficiência respiratória aguda e que tenham indicação de internação.
- 14.1.7. exame cujo resultado não possa ser liberado e analisado dentro do atendimento que gerou a demanda, exceto nos casos de cultura de urina.
- 14.2. Os exames de dímero-D serão cobertos quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- 14.2.1. Avaliação de pacientes com sinais e sintomas de trombose;
- 14.2.2. Avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com sinais e sintomas de embolia pulmonar.
- 14.3. Sorologias para ISTs, exceto para parturientes quando houver registro que a paciente não realizou o último teste previsto no pré-natal ou não apresentou o comprovante.
- 14.4. Sorologias para doenças endêmicas, como, por exemplo, dengue; chikungunya; zika, pagar-se-á o teste rápido.
- 14.4.1. Caso esteja fora da janela para o teste rápido e dentro do prazo possível para detecção por IgM, este poderá ser pago com a devida justificativa.
- 14.4.2. Não será remunerado o IgG.
- 14.5. A qualquer momento o CBMDF poderá comunicar a suspensão ou limitação de determinados exames em PS devido controle interno em sua Policlínica Médica, especialmente em caso de surtos e epidemias.

15. ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

- 15.1. Todos os exames anatomopatológicos e citológicos estarão sujeitos a análise médica da SEAUD. A solicitação deve conter pedido médico justificado e laudo do (s) respectivo(s) exame (s).
- 15.2. Não será pago biópsia de placenta de rotina.

16. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

- 16.1. Orientações Gerais:
- 16.1.1. Não será paga taxa de sala para Exames Radiológicos;
- 16.1.2. Não será paga taxa de equipamentos ou seu deslocamento, inclusive radioscópio.
- 16.1.3. Os exames devem ter relação com o relato do paciente, conforme queixas e sintomas, inclusive no caso de exames múltiplos, como em decorrência de trauma.
- 16.1.3.1. exames contralaterais sem relação com a área possível de lesão devem ser justificados sob pena de glosa.

- 16.2. Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética
- 16.2.1. Quando realizadas mais de 2 (duas) áreas em exames de tomografias computadorizadas (TC), angiogramas (ATC), ressonâncias (RM) e angio-ressonâncias (ARM), será pago 100% do primeiro segmento, 70% do segundo e caso haja um terceiro ou mais, 50% do seu valor total.
- 16.2.2. Em caso de necessidade de contraste, pagar-se-á o valor do kit contraste uma única vez.
- 16.2.3. Tomografia Computadorizada em Pronto Socorro:
- 16.2.3.1. O pagamento de tomografias ficará condicionado ao seguimento das diretrizes para cada doença, sendo necessário a anamnese com descrição de sintomas, exame físico compatível e descrição de hipótese diagnóstica.
- 16.2.4. Ressonâncias e angio-ressonâncias em Pronto Socorro:
- 16.2.4.1. Somente será paga nos casos de suspeitas de Acidente Vascular Cerebral (AVC); Trauma Crânio-Encefálico (TCE) resultante de politraumatismo; e Traumatismo Raquimedular (TRM) em pacientes com déficit neurológico parcial ou progressivo após o trauma.
- 16.2.4.2. Demais casos que caracterizem gravidade e real necessidade, serão avaliados pela auditoria médica do CBMDF.
- 16.2.4.3. Tabela 1 - Valores de Ressonâncias e Angio-ressonâncias.

VALORES DE EXAMES DE RESSONÂNCIAS OU ANGIO-RESSONÂNCIAS*		
Código	Procedimento	Valor
41101170	RM – Abdome superior (fígado, pâncreas, baço, rins, suprarrenais, retroperitônio)	R\$ 650,00
41101510	Angio-RM arterial de abdome superior	R\$ 650,00
41101537	Angio-RM arterial de crânio	R\$ 650,00
41101553	Angio-RM arterial de membro inferior (unilateral)	R\$ 650,00
41101570	Angio-RM arterial de membro superior (unilateral)	R\$ 650,00
41101596	Angio-RM arterial de pelve	R\$ 650,00
41101618	Angio-RM arterial de pescoço	R\$ 650,00
41101499	Angio-RM arterial pulmonar	R\$ 650,00
41101340	Angio-RM de aorta abdominal	R\$ 650,00
41101332	Angio-RM de aorta torácica	R\$ 650,00
41101529	Angio-RM venosa de abdome superior	R\$ 650,00
41101545	Angio-RM venosa de crânio	R\$ 650,00
41101561	Angio-RM venosa de membro inferior (unilateral)	R\$ 650,00
41101588	Angio-RM venosa de membro superior (unilateral)	R\$ 650,00
41101600	Angio-RM venosa de pelve	R\$ 650,00
41101626	Angio-RM venosa de pescoço	R\$ 650,00
41101502	Angio-RM venosa pulmonar	R\$ 650,00
41101103	RM – Articulação temporomandibular (bilateral)	R\$ 650,00
41101316	RM – Articular (por articulação)	R\$ 650,00
41101278	RM – Bacia (articulações sacroilíacas)	R\$ 650,00
41101030	RM – Base do crânio	R\$ 650,00
41101219	RM – Bolsa escrotal	R\$ 650,00
41101227	RM – Coluna cervical ou dorsal ou lombar	R\$ 650,00
41101138	RM – Coração – morfológico e funcional	R\$ 650,00
41101146	RM – Coração – morfológico e funcional + perfusão + estresse	R\$ 650,00
41101154	RM – Coração – morfológico e funcional + perfusão + viabilidade miocárdica	R\$ 650,00
41101286	RM – Coxa (unilateral)	R\$ 650,00
41101014	RM – Crânio (encefalo)	R\$ 650,00
41101634	RM – Endorretal	R\$ 650,00
41101642	RM – Endovaginal	R\$ 650,00
41101090	RM – Face (inclui seios da face)	R\$ 650,00
41101197	RM – Fetal	R\$ 650,00
41101359	Hidro-RM (colângio-RM ou uro-RM ou mielo-RM ou sialo-RM ou cistografia por RM)	R\$ 650,00
41101260	RM – Mão (não inclui punho)	R\$ 650,00
41101251	RM – Membro superior unilateral (não inclui mão e articulações)	R\$ 650,00
41101073	RM – Órbita bilateral	R\$ 650,00
41101081	RM – Ossos temporais bilaterais	R\$ 650,00
41101308	RM – Pé (antepé) – não inclui tornozelo	R\$ 650,00
41101189	RM – Pelve (não inclui articulações coxofemorais)	R\$ 650,00
41101200	RM – Pênis	R\$ 650,00
41101294	RM – Perna (unilateral)	R\$ 650,00
41101111	RM – Pescoço (nasofaringe, orofaringe, laringe, traqueia, tireoide, paratireoide)	R\$ 650,00
41101243	RM – Plexo braquial (desfiladeiro torácico) ou lombossacral (não inclui coluna cervical ou lombar)	R\$ 650,00
41101669	RM para planejamento oncológico	R\$ 650,00
41101022	RM – Sela túrcica (hipófise)	R\$ 650,00
41101120	RM – Tórax (mediastino, pulmão, parede torácica)	R\$ 650,00
41102010	Artro-RM (inclui a punção articular) – por articulação	R\$ 650,00

*Observação: INCLUSOS nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.2.4.4. Tabela 2 - Exceções à Tabela 1 deste capítulo

CÓDIGOS QUE CONSTITUEM EXCEÇÃO À TABELA 1 DESTES CAPÍTULOS		
Código	Procedimento	Valor
41101480	RM – Mama bilateral	R\$ 1.100,00
41101057	Perfusão cerebral por RM	R\$ 260,00
41101065	Espectroscopia por RM	R\$ 260,00
41101049	Estudo funcional (mapeamento cortical por RM)	R\$ 260,00
41101375	Endoscopia virtual por RM – acrescentar ao exame de base	R\$ 200,00
41101235	RM – Fluxo líquórico (como complementar)	R\$ 190,00
41101383	RM – Reconstrução tridimensional – acrescentar ao exame de base	R\$ 190,00

*Observação: INCLUSOS nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.2.4.5. Tabela 3 - Valor que deve ser acrescido ao custo do exame principal quando da necessidade de contraste.

PACOTE KIT CONTRASTE		
Código	Procedimento	Valor
70022386	Kit Contraste ressonância magnética Incluso no valor do pacote: materiais descartáveis, medicamentos e o contraste. (independente do volume administrado).	R\$ 450,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.2.4.6. Tabela 4 - Valores de Tomografias computadorizadas e angiotomografias.

TOMOGRAFIAS E ANGIOTOMOGRAFIAS*		
Código	Procedimento	Valor
41001109	TC – Abdome superior	R\$ 370,00
41001435	Angiotomografia arterial de abdome superior	R\$ 370,00
41001370	Angiotomografia arterial de crânio	R\$ 370,00
41001478	Angiotomografia arterial de membro inferior	R\$ 370,00
41001494	Angiotomografia arterial de membro superior	R\$ 370,00
41001451	Angiotomografia arterial de pelve	R\$ 370,00
41001397	Angiotomografia arterial de pescoço	R\$ 370,00
41001419	Angiotomografia arterial de tórax	R\$ 370,00
41001516	Angiotomografia arterial pulmonar	R\$ 370,00
41001184	Angiotomografia de aorta abdominal	R\$ 370,00
41001176	Angiotomografia de aorta torácica	R\$ 370,00
41001443	Angiotomografia venosa de abdome superior	R\$ 370,00
41001389	Angiotomografia venosa de crânio	R\$ 370,00
41001486	Angiotomografia venosa de membro inferior	R\$ 370,00
41001508	Angiotomografia venosa de membro superior	R\$ 370,00
41001460	Angiotomografia venosa de pelve	R\$ 370,00
41001400	Angiotomografia venosa de pescoço	R\$ 370,00
41001427	Angiotomografia venosa de tórax	R\$ 370,00
41001524	Angiotomografia venosa pulmonar	R\$ 370,00
41001141	TC – Articulação (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxofemoral ou joelho ou tornozelo) – unilateral	R\$ 370,00
41001044	TC – Articulações temporomandibulares	R\$ 370,00
41001125	TC – Coluna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (até 3 segmentos)	R\$ 370,00
41001087	TC – Coração – para avaliação do escore de cálcio coronariano	R\$ 370,00
41001010	TC – Crânio ou sela túrcica ou órbitas	R\$ 370,00
41001052	TC – Dental (dentascan)	R\$ 370,00
41001192	TC – Escanometria digital	R\$ 370,00
41001036	TC – Face ou seios da face	R\$ 370,00
41001273	TC – Mandíbula	R\$ 370,00
41001028	TC – Mastóides ou orelhas	R\$ 370,00
41001281	TC – Maxilar	R\$ 370,00
41001117	TC – Pelve ou bacia	R\$ 370,00
41001060	TC – Pescoço (partes moles, laringe, tireóide, faringe e glândulas salivares)	R\$ 370,00
41001150	TC – Segmento apendicular (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé) – unilateral	R\$ 370,00
41001320	TC – Tomossíntese digital mamária	R\$ 370,00
41001362	TC de vias urinárias (urotomografia)	R\$ 370,00
41001532	TC para planejamento oncológico	R\$ 370,00

41001079	TC – Tórax	R\$ 370,00
*Observação: INCLUSOS nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.2.4.7. Tabela 5 - Exceções à Tabela 4 deste capítulo.

CÓDIGOS QUE CONSTITUEM EXCEÇÃO À TABELA 4 DESTE CAPÍTULO*		
Código	Procedimento	Valor
41001095	TC – Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	R\$ 570,00
41001230	Angiotomografia coronariana	R\$ 570,00
41001222	TC para PET dedicado oncológico	R\$ 570,00
41001133	TC – Coluna – segmento adicional	R\$ 105,00
41001214	Endoscopia virtual de qualquer órgão ou estrutura por TC – acrescentar ao exame de base	R\$ 105,00
41001206	TC – Reconstrução tridimensional de qualquer órgão ou região – acrescentar ao exame de base	R\$ 105,00
*Observação: INCLUSOS nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.2.4.8. Tabela 6 - Valor que deve ser acrescido ao custo do exame principal quando da necessidade de contraste.

Código	Procedimento	Valor
70022387	Kit Contraste Tomografia ou Angiotomografias Incluso no valor do pacote: Materiais descartáveis, medicamentos e o contraste (independente do volume administrado).	R\$ 400,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.3. Ultrassonografias (US), Ultrassonografia com Doppler e Doppler

16.3.1. Para avaliação de sangramento ou queixas relacionadas à gravidez pagar-se-á a US transvaginal para gestações até 12 (doze) semanas e acima disso, obstétrica (código TUSS 4.09.01.23-8 para simples e 4.09.01.27-0 para múltipla), os demais códigos poderão ser remunerados ambulatorialmente.

16.3.1.1. A US obstétrica com doppler (TUSS 4.09.01.24-6) poderá ser remunerada quando devidamente justificada para quadros que suspeitem de alteração do fluxo sanguíneo para o feto.

16.3.1.2. Exames contralaterais sem relação com a área possível de lesão não serão remunerados, exceto se os casos excepcionais forem devidamente justificados.

16.3.1.3. Os pacotes a seguir serão pagos em 100% do valor independente de serem realizados com outros de semelhante natureza.

16.3.1.4. Tabela 7 - Doppler

PACOTE DOPPLER*		
Código	Procedimento	Valor
40901459	Doppler colorido arterial de membro superior – unilateral	R\$ 230,00
40901467	Doppler colorido venoso de membro superior – unilateral	R\$ 230,00
40901475	Doppler colorido arterial de membro inferior – unilateral	R\$ 230,00
40901483	Doppler colorido venoso de membro inferior – unilateral	R\$ 230,00
40901459	Doppler colorido arterial de membros superiores – bilateral	R\$ 450,00
40901467	Doppler colorido venoso de membros superiores – bilateral	R\$ 450,00
40901475	Doppler colorido arterial de membros inferiores – bilateral	R\$ 450,00
40901483	Doppler colorido venoso de membros inferiores – bilateral	R\$ 450,00
40901602	Doppler transcraniano	R\$ 230,00
40901513	Doppler colorido de artérias de penianas (sem fármaco indução)	R\$ 230,00
40901416	Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior e inferior e tronco celiaco) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901424	Doppler colorido de hemangioma - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901386	Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901360	Doppler colorido de vasos cervicais arteriais bilateral (carótidas e vertebrais) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901378	Doppler colorido de vasos cervicais venosos bilateral (subclávias e jugulares) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901432	Doppler colorido de veia cava superior ou inferior - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901440	Doppler colorido peniano com fármaco indução - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901351	Doppler colorido transcraniano ou fontanela - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901483	Doppler colorido venoso de membro inferior - unilateral - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901467	Doppler colorido venoso de membro superior - unilateral - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901475	Doppler colorido arterial de membro inferior - unilateral - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901459	Doppler colorido arterial de membro superior - unilateral - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901394	Doppler colorido de aorta e artérias renais - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
40901408	Doppler colorido de aorta e ilíacas - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 230,00
*Observação: Inclusos nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.3.1.5. Tabela 8 - Ultrassonografias simples

Pacotes de Ultrassonografias*		
Código	Procedimento	Valor
40901025	US – Globo ocular com doppler colorido - bilateral	R\$ 200,00
40901297	US – Obstétrico 1º trimestre (endovaginal)	R\$ 200,00

40901254	US – Obstétrica com translucência nugal	R\$ 200,00
40901262	US – Obstétrica morfológica	R\$ 200,00
40901505	US – Obstétrica: perfil biofísico fetal	R\$ 200,00
40901319	US – Transvaginal para controle de ovulação (3 ou mais exames)	R\$ 200,00
40901742	Ultrassonografia transretal radial	R\$ 200,00
40901246	US – Obstétrica com doppler colorido	R\$ 150,00
40901521	Ultrassonografia biomicroscópica - monocular	R\$ 150,00
40901149	Retroperitônio (grandes vasos ou adrenais) – ultrassonografia diagnóstica	R\$ 120,00
40901122	Abdome total (inclui abdome inferior) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 120,00
40901335	US- Próstata transretal (não inclui abdome inferior masculino)	R\$ 120,00
40901530	Ultrassonografia diagnóstica monocular	R\$ 110,00
40901157	Aparelho urinário feminino (rins, ureteres e bexiga) – ultrassonografia diagnóstica	R\$ 110,00
40901610	US- Crânio para criança	R\$ 110,00
40901165	Aparelho urinário masculino (rins, ureteres, bexiga e próstata) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 110,00
40901181	Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexos) –ultrassonografia diagnóstica	R\$ 100,00
40901173	Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 100,00
40901130	Abdome superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 100,00
40901220	Articular (por articulação) – ultrassonografia diagnóstica	R\$ 100,00
40901033	Glândulas salivares (todas) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 100,00
40901017	US – Globo ocular – bilateral	R\$ 100,00
40901289	US – Obstétrica gestação múltipla com Doppler colorido: cada feto	R\$ 100,00
40901300	Transvaginal (inclui abdome inferior feminino) - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 100,00
40901491	US – Tridimensional – acrescentar ao exame de base	R\$ 100,00
40901114	Mamas - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 100,00
40901750	US- Próstata (via abdominal)	R\$ 100,00
40901211	Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão) ultrassonografia diagnóstica	R\$ 80,00
40901203	Órgãos superficiais (tireóide ou escroto ou pênis ou crânio) -ultrassonografia diagnóstica	R\$ 80,00
40901734	Ultrassonografia de peça cirúrgica	R\$ 80,00
40901238	Obstétrica - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 80,00
40901190	Dermatológico - pele e subcutâneo - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 70,00
40901041	Torácico extracardíaco - ultrassonografia diagnóstica	R\$ 65,00
40901270	US – Obstétrica gestação múltipla: cada feto	R\$ 50,00

*Observação: **INCLUSOS** nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.3.1.6. Tabela 9 - Ultrassonografia intervencionista

ULTRASSONOGRÁFIA INTERVENCIÓNISTA		
Código	Procedimento	Valor
40902064	Doppler colorido intra-operatório	R\$ 350,00
40902110	Drenagem percutânea orientada por US (acrescentar o exame de base)	R\$ 250,00
40902145	Ecodopplercardiograma intracardíaco	R\$ 950,00
40902080	Ecodopplercardiograma transoperatório (transesofágico ou epicárdico) – por hora suplementar	R\$ 180,00
40902072	Ecodopplercardiograma transoperatório (transesofágico ou epicárdico) (1ª hora)	R\$ 450,00
40902056	US – Intra-operatório	R\$ 250,00
40902137	US – Monitorização por Doppler transcraniano	R\$ 55,00
40902021	US – Obstétrica 1º trimestre com punção: biópsia ou aspirativa	R\$ 300,00
40902013	US – Obstétrica: com amniocentese	R\$ 180,00
40902030	Próstata transretal com biópsia – até 8 fragmentos	R\$ 310,00
40902048	8 US – Próstata transretal com biópsia – mais de 8 fragmentos	R\$ 375,00

16.3.1.7. Tabela 10 - Outros exames

OUTROS EXAMES *		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR CBMDF
40808149	Densitometria óssea - corpo inteiro	R\$ 140,00
40808130	Densitometria óssea – rotina: coluna e fêmur (ou dois segmentos)	R\$ 180,00
40808122	Densitometria óssea (um seguimento)	R\$ 120,00
40808041	Mamografia digital bilateral	R\$ 160,00

*Observação: **INCLUSOS** nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.4. Medicina Nuclear

16.4.1. Quando realizados exames de 02 (duas) ou mais regiões corporais, remunera-se o pacote de maior valor em 100% e os demais em 70% do valor total.

PACOTES DA MEDICINA NUCLEAR*		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
40701034	Cintilografia do miocárdio com duplo isótopo (Perfusão + Viabilidade) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 1.540,00
40701050	Cintilografia do miocárdio necrose (Infarto agudo) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 460,00
70022371	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico + cintilografia do miocárdio perfusão – Repouso - (40701131 + 40701069) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 1.550,00
70022372	Cintilografia do miocárdio perfusão - Estresse Físico + Cintilografia do miocárdio perfusão – repouso – (40701140 + 40701069) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 1.550,00
40701085	Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas – repouso Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 460,00
40702014	Cintilografia das glândulas salivares com ou sem estímulo Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 260,00
40703037	Cintilografia da tireóide e/ou captação (Tecnécio - 99m Tc.) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 250,00
40703045	Cintilografia das paratireóides Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 1.050,00
70022403	Cintilografia de perfusão cerebral com Trodat Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 3.000,00
70022404	Cintilografia de perfusão cerebral com Tálío Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 1.740,00
40708063	Cintilografia de mama (Bilateral) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, medicamentos, materiais descartáveis, exames de imagem e taxas pertinentes ao procedimento.	R\$ 1.050,00
*Observação: INCLUSOS nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, radiofármacos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.5. Exames cardiológicos.

Exames Cardiológicos*		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR CBMDF
40901785	Ecocardiograma Transesofágico Tridimensional	R\$ 650,00
40901092	Ecodopplercardiograma transesofágico (inclui transtorácico)	R\$ 370,00
40901777	Ecocardiograma Transtorácico Tridimensional	R\$ 450,00
40901629	Ecodopplercardiograma com Avaliação Do Sincronismo Cardíaco	R\$ 450,00
40901050	Ecodopplercardiograma com Contraste Intracavitário	R\$ 230,00
40901068	Ecodopplercardiograma com Contraste Para Perfusão Miocárdica Em Repouso	R\$ 440,00
40901076	Ecodopplercardiograma com Estresse Farmacológico	R\$ 360,00
40901696	Ecodopplercardiograma com Estresse Físico	R\$ 360,00
40901084	Ecodopplercardiograma Fetal Com Mapeamento de Fluxo em Cores – por Feto	R\$ 200,00
40901718	Ecodopplercardiograma para Ajuste de Marcapasso	R\$ 570,00
40901700	Ecodopplercardiograma sob Estresse Físico ou Farmacológico com Contraste	R\$ 570,00
40901106	Ecodopplercardiograma Transtorácico	R\$ 200,00
Monitorizações *		
Código	Procedimento	Valor
20102020	Holter de 24 horas – 3 canais – digital	R\$ 165,00
20102038	Monitorização ambulatória da pressão arterial – MAPA (24 horas)	R\$ 165,00
20102070	Tilt teste	R\$ 350,00
40101010	ECG convencional de até 12 derivações	R\$ 30,00
40101037	Teste ergométrico computadorizado (inclui ECG basal convencional)	R\$ 130,00
*Observação: INCLUSOS nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

16.6. Exames do sistema nervoso:

Código	PROCEDIMENTO	Valor
40103170	EEG de rotina Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para a realização dos procedimentos.	R\$ 125,00
40103188	EEG intraoperatório para monitorização cirúrgica (EEG/IO) – por hora de monitorização Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 150,00
40103196	EEGQ quantitativo (mapeamento cerebral) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 210,00
40103234	Eletroencefalograma em vigília, e sono espontâneo ou induzido Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 130,00
40103200	EEG Prolongado (até 2 horas) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 230,00
40103757	Vídeo-eletroencefalografia contínua não invasiva – 12 horas (vídeo EEG/NT) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 185,00

40103307	Eletroneuromiografia (velocidade de condução) testes de estímulos para paralisia facial Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 220,00
40103315	Eletroneuromiografia de MMII Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 220,00
40103323	Eletroneuromiografia de MMSS Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 220,00
40103331	Eletroneuromiografia de MMSS e MMII Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 420,00
40103366	Eletroneuromiografia genitoperineal Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos e taxas para realização do procedimento.	R\$ 370,00
Observação: INCLUSOS nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

- 16.7. Radiografias (Rx) e Radioscopias
- 16.7.1. No laudo deve constar o número correto de incidências previstas na requisição médica.
- 16.7.2. Radioscopias devem ser comprovadas na descrição cirúrgica e pela imagem anexada em prontuário, clara e nítida, com registro de data e dados do paciente para análise das OPMEs.
- 16.7.2.1. imagens que não mostrem claramente os dados em análise e que gerem dúvida, poderão incorrer em glosa do procedimento e dos materiais envolvidos.

ANEXO "D" AO TERMO DE REFERÊNCIA Nº 83/2025
LISTA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS CBMDF

Nº	MATERIAIS DESCARTÁVEIS	VALOR (R\$)
1	Agulha - todos os tipos e tamanhos	2,12
2	Agulha anestesia bloqueio regional - todos os tipos e tamanhos	500,00
3	Agulha anestesia peridural - todos os tipos e tamanhos	551,00
4	Agulha anestesia raquidiana - tipo Quincke	224,00
5	Agulha anestesia raquidiana- tipo Ponta de Lápis Whitacre	525,67
6	Agulha tipo Huber	450,00
7	Bolsa de Colostomia	110,25
8	Campo iodoformado – todos os tamanhos	600,00
9	Cânula de traqueostomia com e sem balão – todos os tamanhos	220,00
10	Cateter arterial femoral - todos os tipos e tamanhos	1.056,00
11	Cateter arterial radial - todos os tipos e tamanhos	998,00
12	Cateter intravascular periférico com e sem dispositivo de segurança	96,00
13	Cateter para oxigênio – tipo óculos (adulto e pediátrico)	20,00
14	Cateter venoso central DUPLO lúmen - todos os tipos e tamanhos	1.687,00
15	Cateter venoso central MONO lúmen - todos os tipos e tamanhos	1.342,39
16	Cateter venoso central TRIPLIO lúmen ou catéter para Hemodiálise - todos os tipos e tamanhos	1.992,00
17	Cateter PICCO (Pulse Contour Cardiac Output)	3.640,00
18	Circuito, cânula e adaptador cateter nasal de alto fluxo	1.886,02
19	Coletor de urina com jontex	9,87
20	Coletor de urina - sistema fechado	100,68
21	Compressa cirúrgica (pct 5 unidades)	104,00
22	Compressa gaze (pct 10 unidades)	5,00
23	Compressa neurocirúrgica (tipo Cottonoide) todos os tipos e tamanhos.	296,00
24	Curativo adesivo transparente estéril para acesso periférico	25,00
25	Curativo adesivo transparente para acesso central	46,57
26	Dreno de sucção	120,00
27	Eletrodo para monitorização adulto	7,00
28	Equipo enteral simples gravitacional	76,70
29	Equipo 2 vias (polifix) adulto e infantil	36,80
30	Equipo para Bomba de Infusão	1.200,00
31	Equipo para Bomba de Infusão – Enteral	1.200,00
32	Equipo para Bomba de Infusão – Fotossensível	1.250,00
33	Equipo simples com e sem injetor lateral	100,00
34	Equipo com bureta	104,65
35	Equipo para artroscopia 4 vias	200,00
36	Fixador para sonda nasoentérica e nasogástrica	15,00
37	Fixador de sonda vesical	63,00
38	Fixador Statlock	160,00
39	Fixador de tubo endotraqueal	100,00
40	Fixador de cânula de traqueostomia	100,00
41	Fralda Adulto	4,00

42	Fralda Infantil	2,50
43	Hemostático absorvível tipo Gelfoam/Surgicel todos os tamanhos	500,00
44	Invólucro para óbito todos os tamanhos	90,00
45	Lanceta para glicemia capilar	3,50
46	Manta térmica	600,00
47	Perfusor Set 120 cm ou 150 cm	67,00
48	Perfusor Set 20 a 60cm	36,50
49	Placa eletrocirúrgica	185,00
50	Scalp (dispositivo com asas) - todos os tipos e tamanhos	42,00
51	Sensor Acumen (todos os tamanhos)	5.523,00
52	Sensor adesivo monitoração do nível de consciência - Modelo BIS, Conox	500,00
53	Sensor adesivo de oximetria neonatal/pediátrico	200,00
54	Sensor Flotrac (e similares)	4.339,50
55	Seringa descartável 50/60 mL	50,00
56	Seringa descartável de 1ML INSULINA	4,80
57	Seringa descartável de 3ML	3,50
58	Seringa descartável de 5ML	4,00
59	Seringa descartável de 10ml	5,00
60	Seringa descartável de 20ml	8,05
61	Seringa perfusora 20ml	102,00
62	Seringa perfusora 50ml	112,00
63	Sistema de compressão de membros inferiores (perneira)	1.600,00
64	Sistema Controle de Incontinência fecal	3.000,00
65	Sonda de alimentação enteral - todos os tipos e tamanhos	470,00
66	Sonda de aspiração sistema fechado traqueal - todos os tipos e tamanhos	600,00
67	Sonda de aspiração traqueal - todos os tipos e tamanhos	9,00
68	Sonda Foley 3 vias (todos os tipos e tamanhos)	48,00
69	Sonda Foley 2 vias (todos os tipos e tamanhos)	24,00
70	Sonda Uretral	8,50
71	Tala metálica com espuma	6,78
72	Tira para glicemia	5,00
73	Transdutor de pressão	1.250,00
74	Tubo endotraqueal aramado com e sem balão - todos os tamanhos	225,00
75	Tubo endotraqueal com e sem balão - todos os tamanhos	45,00
76	Torneirinha 3 vias	35,15

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

ANEXO "E" AO TERMO DE REFERÊNCIA Nº 83/2025

PACOTES

17. PACOTES

17.1. Visando implementar agilidade nos procedimentos de auditoria e menor burocracia entre as partes envolvidas, determinados procedimentos, com baixa variação de materiais e medicamentos, foram agrupados e serão pagos em valor único, em forma de "pacote";

17.2. Visando facilitar a atualização de sua remuneração, foram utilizados Portes, conforme estabelecido na Tabela 1 do Anexo "B", para definição dos respectivos valores.

17.3. No caso de realização de procedimentos cirúrgicos múltiplos na forma de pacote, será pago 100% (integral) do pacote de maior valor, 50% (cinquenta por cento) do segundo em diante;

17.4. No caso de associação de um procedimento empacotado com outro aberto o pagamento será feito da seguinte forma:

17.4.1. Honorários: pagar-se-á 70% para via diferenciada em relação a via do procedimento empacotado ou 50% para mesma via:

17.4.2. Materiais, medicamentos e OPME: paga-se-á o valor dos itens não contemplados no pacote.

17.5. Os pacotes serão pagos para o hospital.

17.6. Tabela de Pacotes Diversos:

Pacotes Diversos		
Código	Procedimento	Valor
40901327	Pacote para Histerossonografia Incluso no valor do pacote: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxa de sala e de equipamento necessárias ao procedimento.	R\$ 350,00
40901793	Elastografia Hepática Ultrassônica Incluso no valor do pacote: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxa de sala e de equipamento necessárias ao procedimento.	R\$ 400,00
40808297	Mamotomia, com ou sem Estereotaxia Digital, com ou sem clip, guiada por US (Tuss 40808297) Incluso no valor do pacote: exame de imagem, Honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, OPMEs, taxa de sala e de equipamentos.	R\$3.500,00
40808300	Mamotomia, com ou sem Estereotaxia Digital, guiada por Ressonância Magnética Nuclear (RMN), com ou sem clip metálico (TUSS 40808300)	R\$ 5.500,00

	Incluso no valor do pacote: exame de imagem, Honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, OPMEs, taxa de sala e de equipamentos.	
70022448	Retirada de Cateter Duplo J Unilateral ou Bilateral (TUSS: 31103472) Incluso no valor do pacote: materiais descartáveis, medicamentos de uso geral inclusive os necessários para a sedação, taxa de admissão, taxa de sala, taxa de equipamento, SRPA (sala de recuperação pós anestésica) necessárias ao procedimento. EXCLUSO do valor do pacote: Honorários médicos e honorários anestésicos.	R\$ 2.300,00
31002390	Gastroplastia para Obesidade Mórbida, por Videolaparoscopia (TUSS 31002390) Incluso no valor do pacote: 01 diária de UTI, 01 DIÁRIA DE Aptº, exame de imagem, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral inclusive os necessários para sedação, gases medicinais, taxa de admissão, taxa de sala, taxa de videoendoscópio e OPMEs necessárias ao procedimento. EXCLUSO do valor do pacote: Honorários médicos e honorários anestésicos.	R\$ 18.000,00
70022407	CPRE + Papiotomia com ou sem Implante de Prótese Biliar ou pancreática - (TUSS 40201074 + 40202518 + 40202119) Incluso no valor do pacote: 01 DIÁRIA DE Aptº, exame de imagem, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral inclusive os necessários para sedação, taxa de sala, taxa de videoendoscópio e OPMEs necessárias ao procedimento. EXCLUSOS do valor do pacote: Honorários médicos, honorário anestésico, Prótese de via biliar e prótese de via pancreática.	R\$ 13.000,00
41301340	Urodinâmica Completa (TUSS 41301340) Incluso no valor do pacote: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxa de sala e de equipamento necessários ao procedimento.	R\$ 502,00
40201060	Cistoscopia e/ou Ureteroscopia (TUSS 40201060) Incluso no valor do pacote: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxa de sala e de equipamento necessários ao procedimento.	R\$ 350,00
31103030	Cistoscopia e/ou Ureteroscopia com Biópsia (TUSS 31103030) Incluso no valor do pacote: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxa de sala e de equipamento necessários ao procedimento. EXCLUSO do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 384,00
70022478	Parto normal (TUSS 31309127) Incluso no valor do pacote: até 03 diárias de apartamento, diária de alojamento conjunto ou berçário, sala de parto, recuperação pós-anestésica, serviços de enfermagem, fototerapia, medicamentos e materiais descartáveis pertinentes a internação, exames laboratoriais, avaliações obrigatórias do neonato antes da alta hospitalar (ex.: teste orelhinha/ triagem auditiva, coraçãozinho, linguinha, etc.), fisioterapia e fonoterapia. EXCLUSO do valor do pacote: hemoterapia, UTI neonatal, honorários médicos do obstetra, do pediatra e do anestesologista. Obs.: Para parto gemelar, acrescentar 20% (vinte por cento) no valor total do pacote, por gemelar.	Hospital tipo A: R\$ 7.000,00 Hospital tipo B: R\$ 7.000,00 Hospital tipo C: R\$ 5.500,00
70022479	Parto cesárea (TUSS 31309054) Incluso no valor do pacote: até 03 diárias de apartamento, diária de alojamento conjunto ou berçário, sala de parto, recuperação pós-anestésica, serviços de enfermagem, fototerapia, medicamentos e materiais descartáveis pertinentes a internação, exames laboratoriais, avaliações obrigatórias do neonato antes da alta hospitalar (ex.: teste orelhinha/ triagem auditiva, coraçãozinho, linguinha, etc.), fisioterapia e fonoterapia. EXCLUSO do valor do pacote: hemoterapia, UTI neonatal, honorários médicos do obstetra, do pediatra e do anestesologista. Obs.: Para parto gemelar, acrescentar 20% (vinte por cento) no valor total do pacote, por gemelar.	Hospital tipo A: R\$ 7.000,00 Hospital tipo B: R\$ 7.000,00 Hospital tipo C: R\$ 5.500,00
70022447	Varizes tratamento Cirúrgico bilateral (30907136) Incluso no valor do pacote: 1 diária de apartamento, taxa de admissão, taxa de sala cirúrgica, taxa de equipamento, doppler colorido intra-operatório, materiais descartáveis, medicamentos de uso comum, inclusive os necessários para sedação, gases medicinais. EXCLUSO do valor do pacote: honorário médico e do anestesologista.	R\$ 3.600,00
70022449	Inserção de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica - PICC (TUSS: 40901386) Incluso no valor do pacote: Kit Cateter Venoso Central De Inserção Periférica - PICC (Cateter PICC, Fio-guia, Cateter IV, Agulha introdutora, Dilatador, Dispositivo de estabilização do cateter, Fita Métrica estéril, Kit Guia/Anguladores Agulha Para Ultrassom), todos materiais descartáveis e medicamentos pertinentes ao procedimento, US/doppler, honorários do enfermeiro e taxa de equipamento.	R\$ 2.100,00
70022451	Inserção de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica - PICC (TUSS: 40901386) Incluso no valor do pacote: Kit Cateter Venoso Central De Inserção Periférica - PICC (Cateter PICC, Fio-guia, Cateter IV, Agulha introdutora, Dilatador, Dispositivo de estabilização do cateter, Fita Métrica estéril, Kit Guia/Anguladores Agulha Para Ultrassom), todos materiais descartáveis e medicamentos pertinentes ao procedimento, US/doppler, honorários do médico e taxa de equipamento.	R\$ 2.400,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

17.6.1. Tabela de pacotes de honorários médicos

PACOTES DE HONORÁRIOS MÉDICOS		
Código	Procedimentos	Valor
31103472	Retirada de Cateter Duplo J Unilateral (TUSS: 31103472). Incluso no valor honorário médico da equipe cirúrgica.	R\$ 350,00
70022476	Retirada de Cateter Duplo J Bilateral (TUSS: 31103472 x 02). Incluso no valor honorário médico da equipe cirúrgica.	R\$ 525,00
70022478	Parto (via vaginal) Incluso no valor: honorário do médico obstetra e do médico auxiliar.	R\$ 2.780,00
31309135	Parto múltiplo (cada um subsequente ao inicial) Incluso no valor: honorário do médico obstetra e do médico auxiliar	R\$ 500,00
70022479	Cesariana Incluso no valor: honorário do médico obstetra e do médico auxiliar.	R\$ 2.620,00

1. Os valores remuneram toda equipe cirúrgica (cirurgião principal e auxiliares).

2. Os valores propostos já contemplam horário especial.

3. Ressalta-se ainda que o valor final não poderá ser dobrado em hipótese alguma, independentemente do tipo de acomodação em que se encontrar o paciente (em quarto individual ou UTI).

CÓDIGO	PROCEDIMENTO MODALIDADE PACOTE	VALOR
4020112-0	Endoscopia digestiva alta sem biópsia Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 440,00
40202038	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça para biópsia descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 740,00
70022417	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia + polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos) , códigos: 40202038 + 40202550 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + alça para polipectomia descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 880,00
40202470	Mucosectomia do esôfago, estômago ou duodeno Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + agulha para esclerose descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 1.150,00
70022418	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia + polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos) + mucosectomia, códigos: 40202038 + 40202550 + 40202470 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + agulha para esclerose + alça para polipectomia descartáveis. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 1.750,00
40201104	Ecoendoscopia alta sem punção Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + OPMEs necessárias para realização do procedimento.. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico	R\$ 2.700,00
40201112	Ecoendoscopia baixa sem punção Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + OPMEs necessárias para realização do procedimento.. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 2.700,00
40202240	Ecoendoscopia com punção por agulha Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + OPMEs necessárias para realização do procedimento.. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 4.200,00
40201082	Colonoscopia sem biópsia (inclui a retossigmoidoscopia) Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 700,00
40202666	Colonoscopia com biópsia e/ou citologia Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça para biópsia descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico	R\$ 850,00
70022419	Colonoscopia com biópsia e/ou citologia + polipectomia de cólon (independente do número de pólipos), códigos: 40202666 + 40202542 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça para biópsia + alça para polipectomia descartáveis. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico	R\$ 1.050,00
40202712	Colonoscopia com mucosectomia Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça para biópsia e agulha para esclerose descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 1.400,00
70022420	Colonoscopia com biópsia e/ou citologia + polipectomia de cólon (independente do número de pólipos) + mucosectomia, códigos: 40202666 + 40202542 + 40202712 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos, pinça para biópsia + agulha para esclerose + alça para polipectomia descartáveis. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 1.900,00
40102092	Ph-metria esofágica computadorizada com dois canais Incluso no valor do pacote: honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos, taxas de sala e equipamentos + sonda p/ph-metria descartável.	R\$ 700,00
40102076	Manometria esofágica para localização dos esfíncteres pré-ph- metria Incluso: honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos, taxas de sala e equipamentos.	R\$ 515,00
40102033	Manometria computadorizada anorretal para biofeedback – 1ª sessão Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos, taxas de sala e equipamentos.	R\$ 450,00
40201171	Retossigmoidoscopia flexível Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 400,00
40202690	Retossigmoidoscopia flexível com biópsia e/ou citologia Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + agulha para esclerose descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 650,00
40202682	Retossigmoidoscopia flexível com polipectomia Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça para biópsia descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 700,00

40201023	Anusocopia Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos, taxas de sala e equipamentos.	R\$ 150,00
31002056	Gastrostomia para qualquer finalidade Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + sonda de gastrostomia. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico	R\$ 1.250,00
70022421	CLIP METÁLICO - tanto para os procedimentos no público infantil como para o público adulto.	R\$ 850,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

- 17.7.1. Quando forem realizados os procedimentos diagnósticos de endoscopia digestiva e ou colonoscopia, sendo identificada a presença de pólipos de qualquer tamanho, sendo indicado e necessário a realização da POLIPECTOMIA e/ou MUCOSECTOMIA, será dispensada a guia de autorização prévia. Contudo, deverá ser apresentado ao faturamento do CBMDF:
- 17.7.1.1. Cópia da conta hospitalar constando o Relatório médico justificando a necessidade do procedimento;
- 17.7.1.2. Imagem do procedimento apontando a presença de pólo(s) de qualquer tamanho, a quantidade e localização, para análise da auditoria do CBMDF.
- 17.7.1.3. Como exemplo, ao emitir uma guia de autorização para endoscopia ou colonoscopia, e durante o exame for identificado presença de pólo, deve-se retirar o pólo nesse ato e ao enviar o faturamento do procedimento, registrar como endoscopia/colonoscopia + retirada de pólo, anexando os documentos solicitados no item 1.7.1. Assim, será remunerado o pacote correspondente ao procedimento realizado.
- 17.7.1.4. Não será emitida nova guia de autorização de exame endoscópico quando evidenciado no exame primário pólipos sem resolução neste mesmo ato, ficando a credenciada responsável a repetir o exame sem custo para CBMDF ou para o usuário, sendo remunerado somente a diferença do pacote de polipectomia.
- 17.7.1.5. O CLIPE METÁLICO, não está incluso nos pacotes, sendo remunerado separadamente, conforme valor previsto na tabela acima.
- 17.7.1.6. Poderá ser remunerado o uso do clip endoscópico metálico na endoscopia/colonoscopia intervencionista nas seguintes situações:
- Mucosectomia em região esofágica;
 - Mucosectomia e polipectomia em paciente comprovadamente anticoagulado ou com doenças ligadas a distúrbios de coagulação;
 - Perfuração de mucosa e submucosa ligadas à endoscopia ou colonoscopia;
 - Profilaticamente, para retirada de pólipos > 10mm;
 - A polipectomia é a retirada de neoplasia para fins terapêuticos. Já a biópsia é a retirada de fragmento de mucosa macroscopicamente lesionada ou não, para estudo histopatológico para fins diagnósticos. Portanto, para casos específicos, a auditoria poderá solicitar laudo endoscópico e laudo histopatológico dos procedimentos intervencionistas realizados (biópsia ou polipectomia).
 - Nos casos de autorização prévia do procedimento diagnóstico e culminando em endoscopia intervencionista (polipectomia e/ou mucosectomia) deve ser enviado relatório médico para avaliação da auditoria com a inclusão dos códigos adicionais e quantitativo de clip endoscópico metálico utilizado no procedimento.
- 17.7.1.7. Códigos inerentes ao procedimento principal endoscópicos, como por exemplo hemostasia, cauterização, tintura com Nanquim, não serão remunerados a parte por já estarem inclusos no ato principal.

17.8. Tabela de pacotes do aparelho digestivo para o público infantil

Código	PROCEDIMENTO MODALIDADE PACOTE	Valor
70022422	Endoscopia Digestiva Alta Com Biópsia E/Ou Citologia, Código: 40202038 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça de biópsia descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 1.500,00
70022423	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia + polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos) , códigos: 40202038 + 40202550 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça de biópsia e alça para polipectomia descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico	R\$ 1.800,00
70022424	Mucosectomia do esôfago, estômago ou duodeno, código: 40202470 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça de biópsia e agulha para esclerose descartáveis. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico	R\$ 2.000,00
70022425	Colonoscopia com biópsia e/ou citologia, código: 40202666 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça para biópsia descartável. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 1.600,00
70022426	Colonoscopia com biópsia e/ou citologia + polipectomia de cólon (independente do número de pólipos), códigos: 40202666 + 40202542 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça para biópsia e alça para polipectomia descartáveis. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 1.900,00
70022427	Colonoscopia Com Mucosectomia, código: 40202712 Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos + pinça de biópsia e agulha para esclerose descartáveis. Excluso do valor do pacote: honorário anestésico.	R\$ 2.100,00
70022421	CLIP METÁLICO - tanto para os procedimentos no público infantil como para o público adulto.	R\$ 850,00

Observações:

- Quando forem realizados os procedimentos diagnósticos de endoscopia digestiva e ou colonoscopia, sendo identificada a presença de pólipos de qualquer tamanho, sendo indicado e necessário a realização da POLIPECTOMIA e/ou MUCOSECTOMIA, será dispensada a guia de autorização prévia. Contudo, deverá ser apresentado ao CBMDF:
 - Cópia da conta hospitalar constando o Relatório médico justificando a necessidade do procedimento;
 - Imagem do procedimento apontando a presença de pólo(s) de qualquer tamanho, a quantidade e localização, para análise da auditoria do CBMDF.
- O CLIPE METÁLICO, não está incluso nos pacotes.

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

17.9. Tabela de pacotes de Hemodinâmica.

PACOTES DE HEMODINÂMICA		
Código CBMDF	Procedimento	Valor R\$
70010171	Avaliação de marcapasso	R\$ 350,00
70022021	Cateterismo cardíaco Incluso no valor do pacote: repouso até 6h, taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.	R\$ 3.000,00

	EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos e anestésicos	
7002292	<p align="center">Angiografia cerebral</p> <p>Incluso no valor do pacote: repouso até 6h, taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos e anestésicos</p>	R\$ 3.045,00
70022175	<p align="center">Angiografia periférica</p> <p>Incluso no valor do pacote: repouso até 6h, taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos e anestésicos</p>	R\$ 3.150,00
70022180	<p align="center">Aortografia</p> <p>Incluso no valor do pacote: repouso até 6h, taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos e anestésicos</p>	R\$ 2.200,00
70022024	<p align="center">Angioplastia sem Stent</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos e anestésicos</p>	R\$ 7.300,00
70022022	<p align="center">Angioplastia com 01 Stent convencional</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos e anestésicos</p>	R\$ 9.200,00
70022023	<p align="center">Angioplastia com 01 Stent farmacológico</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 21.000,00
70022467	<p align="center">Angioplastia com 02 Stents farmacológicos</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 32.000,00
70022071	<p align="center">Angioplastia com implante de 01 Stent carotídeo</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 51.000,00
70022025	<p align="center">Estudo eletrofisiológico sem ablação</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 11.500,00
70022026	<p align="center">Estudo eletrofisiológico com ablação</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 14.000,00
70022468	<p align="center">Cateterismo cardíaco com FFR – Reserva de fluxo fracionada</p> <p>Incluso no valor do pacote: repouso até 6h, taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 11.000,00
70022053	<p align="center">Ablação complexa: Taquicardia atrial/Arritmia ventricular</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 51.000,00
70022054	<p align="center">Ablação complexa: FA e Flutter atípico</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 62.000,00
70022388	<p align="center">Implante de desfibrilador Uni/Bicameral sem ressincronizador - (Tuss: 30904091)</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 82.500,00
70022450	<p align="center">TAVI - Troca Valvar Implante de Prótese Valvar Aórtica</p> <p>Incluso no valor do pacote: taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias.</p>	R\$ 150.000,00
70022176	<p align="center">Marcapasso definitivo unicameral</p> <p>Incluso no valor do pacote: repouso até 6h, taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 11.000,00
70022177	<p align="center">Marcapasso definitivo bicameral</p> <p>Incluso no valor do pacote: repouso até 6h, taxas, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, gasoterapia, cd, filme e OPMEs pertinentes ao procedimento.</p> <p>EXCLUSO do valor do pacote: honorários médicos, honorários anestésicos e diárias</p>	R\$ 18.500,00
70010164	<p align="center">Stent convencional adicional</p>	R\$ 3.000,00

70010165	Stent farmacológico adicional	R\$ 12.000,00
70022254	Stent autoexpansível	R\$ 18.000,00
70022027	Balão coronário adicional	R\$ 2.200,00
70022446	Fio guia introdutor adicional	R\$ 500,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

17.10. Tabela de Pacotes de Hemodiálise

MODALIDADES DIALÍTICAS		
Código	Procedimento	Valor
10101012	Consulta	R\$ 88,29
PACOTE BCM	Avaliação médica + exame (Bioimpedanciometria)	R\$ 82,00
30909031	Hemodiálise crônica (Por sessão) Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos e sala, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções). Exclui: Antibioticoterapia, Eritromax 40000UI, Zemplar (5,0mcg/ml) e Noripurum (5ml), para utilização faz-se necessário autorização prévia emitida pelo CBMDF.	R\$ 840,00
70022373 (30909031)	Hemodiálise ambulatorial uso único (por sessão), sorologia positiva (Portador de HIV, Hepatite B e C) Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos e sala, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções). Exclui: Antibioticoterapia, Eritromax 40000UI, Zemplar (5,0mcg/ml) e Noripurum (5ml), para utilização faz-se necessário autorização prévia emitida pelo CBMDF.	R\$ 945,00
70022374 (30909031)	Hemodiálise crônica em ambiente domiciliar (por sessão), para pacientes com impossibilidade de locomoção. Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento, calibragem da cicladora, locomoção do material e da equipe, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).	R\$ 1.500,00
70022375 (30909031)	Hemodiafiltração em pacientes crônicos - HDF (por sessão) Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos e sala, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções). Exclui: Antibioticoterapia, Eritromax 40000UI, Zemplar (5,0mcg/ml) e Noripurum (5ml), para utilização faz-se necessário autorização prévia emitida pelo CBMDF.	R\$ 1.207,50
70022376 (30909031)	Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) até 4 Horas por sessão Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos e sala, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções). Exclui: Antibioticoterapia, Eritromax 40000UI, Zemplar (5,0mcg/ml) e Noripurum (5ml), para utilização faz-se necessário autorização prévia emitida pelo CBMDF.	R\$ 1.300,00
31008020	Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) 9 dias – treinamento Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, deslocamento, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).	R\$ 1.575,00
31008038	Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) por mês/paciente Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, deslocamento, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).	R\$ 4.200,00
31008011	Diálise peritoneal intermitente agudo por sessão de 12 horas Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, deslocamento, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).	R\$ 682,50
30909147	Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) até 24 horas ou fração, CVVHDF ou PRISMA FLEX com duração de 72 horas Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, KIT PARA HEMODIÁLISE CONTÍNUA, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).	R\$ 4.000,00
70022377 (30909147)	Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) até 48 horas ou fração, CVVHDF ou PRISMA FLEX com duração de 72 horas Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, KIT PARA HEMODIÁLISE CONTÍNUA, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).	R\$ 6.500,00
70022378 (30909147)	Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) até 72 horas ou fração, CVVHDF ou PRISMA FLEX com duração de 72 horas Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, KIT PARA HEMODIÁLISE CONTÍNUA, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).	8.500,00 R\$

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

ACESSOS PARA REALIZAÇÃO DAS MODALIDADES DIALÍTICAS EM PACIENTE INTERNADO		
Código TUSS	Procedimento	Valor
30908027	Fístula arteriovenosa – com enxerto Incluso no valor do pacote: honorário médico, materiais descartáveis, taxas, medicamentos inclusive os necessários para sedação e OPMEs inerentes ao procedimento. Exclui: honorários anestésicos.	R\$ 3.500,00
30913012	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas Incluso no valor do pacote: honorário médico, materiais descartáveis, cateter, taxas e medicamentos inclusive os necessários para sedação.	R\$ 2.300,00
30913101	Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para hemodepuração cateter de Permcath Incluso no valor do pacote: honorário médico, materiais descartáveis, cateter, taxas e medicamentos inclusive os necessários para sedação.	R\$ 3.400,00
30913144	Confecção de fístula AV para hemodiálise Incluso no valor do pacote: honorário médico, materiais descartáveis, taxas, medicamentos inclusive os necessários para sedação e OPME inerentes ao procedimento.	R\$ 2.050,00
30913152	Retirada/desativação de fístula AV para hemodiálise Incluso no valor do pacote: honorário médico, materiais descartáveis, cateter, taxas e medicamentos inclusive os necessários para sedação.	R\$ 1.100,00
31008070	Instalação de cateter Tenckhoff Incluso no valor do pacote: honorário médico, materiais descartáveis, cateter, taxas e medicamentos inclusive os necessários para sedação.	R\$ 1.250,00
31008097	Retirada de cateter Tenckhoff	R\$ 950,00

17.11. Tabela de Pacotes de Exames Audiológicos

Código	PROCEDIMENTO	Valor
401035287	Polissonografia de noite inteira (PSG) (Inclui polissonogramas)	R\$ 550,00
40103536	Polissonograma com EEG de noite inteira	R\$ 550,00
40103544	Polissonograma com teste de CPAP nasal	R\$ 575,00
40103897	Processamento auditivo central (acima de 07 anos)	R\$ 365,00
40103889	Processamento auditivo central infantil (03 a 07 anos)	R\$ 255,00
40103609	Potencial evocado motor – PEM (bilateral)	R\$ 255,00
40103560	Potencial evocado - P300	R\$ 330,00
40103579	Potencial evocado auditivo de média latência (PEA-ML) bilateral	R\$ 330,00
40103498	Potencial evocado auditivo de tronco cerebral (PEA-TC)	R\$ 330,00
40103056	Potencial evocado auditivo Steady State (ASSR)	R\$ 330,00
40103064	audiometria de Tronco Cerebral (PEA) BERA	R\$ 330,00
40103595	Potencial evocado gênilo-cortical (PEGC)	R\$ 215,00
40103617	Potencial evocado somato-sensitivo – membros inferiores (PESS)	R\$ 215,00
40103625	Potencial evocado somato-sensitivo – membros Superiores (PESS)	R\$ 215,00
40103633	Potencial evocado visual (PEV)	R\$ 215,00
40103587	Potencial somato-sensitivo para localização funcional da área central (monitorização por hora) até 3 horas	R\$ 215,00
40130072	Audiometria tonal	R\$ 80,00
40103080	Audiometria tonal limiar infantil condicionada qualquer técnica – escolar	R\$ 130,00
40103099	Audiometria vocal – pesquisa de limiar de discriminação	R\$ 45,00
40103102	Audiometria vocal – pesquisa de limiar de inteligibilidade	R\$ 45,00
40103110	Audiometria vocal com mensagem competitiva (SSI, SSW)	R\$ 60,00
40103420	Imitanciométrica de alta frequência	R\$ 90,00
40103439	Impedanciometria – timpanometria	R\$ 80,00
40103455	Otoemissões acústicas produto de distorção	R\$ 120,00
40103463	Otoemissões evocadas transientes	R\$ 120,00
41301463	Emissões acústicas Evocadas para triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)	R\$ 80,00
70022428	Avaliação do frênulo da língua em bebês (Teste da Linguinha)	R\$ 80,00
40103749	Vectoeletronistagmografia – computorizada	R\$ 140,00
40103765	Videonistagmografia infravermelha	R\$ 120,00

Observação: **Inclusos** nos valores todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais e taxas para a realização dos procedimentos.

17.12. Tabela de Pacotes para Monitorização Neurofisiológica Intraoperatória

Código	Procedimentos Cirúrgicos	Valor
70022429	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Tireoidectomia Total Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis Taxa de Máquina.	R\$ 5.000,00
70022430	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Nervo Acessório Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis Taxa de Máquina.	R\$ 5.000,00
70022431	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Tireoidectomia Total com Esvaziamento ampliado unilateral. Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis Taxa de Máquina.	R\$ 7.000,00
70022432	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Tireoidectomia Total com Esvaziamento Bilateral Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis Taxa de Máquina.	R\$ 7.500,00
70022433	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Tireoidectomia Total + Nervo Acessório. Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis Taxa de Máquina.	R\$ 7.500,00
70022434	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Parotidectomia Unilateral (Nervo Facial) Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis Taxa de Máquina.	R\$ 5.000,00
70022435	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Timpanomastoidectomia Unilateral (Nervo Facial) Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis Taxa de Máquina.	R\$ 5.000,00
70022436	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Timpanomastoidectomia ou Parotidectomia Bilateral Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis Taxa de Máquina.	R\$ 7.500,00
70022437	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Microcirurgia de Plexo Braquial Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina.	R\$ 7.500,00
70022438	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Membros superiores ou Inferiores (Microcirurgia de Nervo Periférico) Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina.	R\$ 7.000,00
70022439	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Esvaziamento Cervical Unilateral Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina.	R\$ 7.000,00
70022440	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Esvaziamento Cervical Bilateral Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina.	R\$ 7.500,00
70022441	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Artrodese de Coluna Lombar Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina.	R\$ 7.500,00
70022442	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Artrodese de Coluna Cervical Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina.	R\$ 7.500,00
70022443	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Cirurgia para Correção de Escoliose (Coluna Torácica)	R\$ 9.500,00

	Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina	
70022444	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Cirurgia para Tratamento de Tumor Medular Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina.	R\$ 9.500,00
70022445	Pacote de monitorização Neurofisiológica Intraoperatória MNIO Cirurgia para Tratamento de Tumor Cerebral ou Ângulo Ponto Cerebelar Incluso no valor do pacote: Honorário do Médico Neurofisiologista, Materiais Descartáveis e Taxa de Máquina.	R\$ 9.500,00
Observação: Todos os pacotes são compostos de:		
1. Insumos descartáveis: taxa de uso de materiais descartáveis de neurofisiologia intraoperatória (Eletrodos de qualquer tipo, de Sonda Estimuladora de qualquer tipo);		
2. taxa de Máquina: taxa de uso e manutenção do aparelho de neurofisiologia intraoperatória;		
3. Honorário Médico: código TUSS: 20202040, honorários do médico Neurofisiologista.		

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

17.12.1. Tabela de Pacotes de Exames Endoscópicos

Código	PROCEDIMENTO	Valor
40201198	Vídeo-Endoscopia do Esfincter Velo-Palatino com Ótica Flexível Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos utilizados no procedimento.	R\$ 270,00
40201210	Vídeo- endoscopia naso-sinusal com Ótica Flexível Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos utilizados no procedimento.	R\$ 270,00
40201228	Vídeo- endoscopia naso-sinusal com Ótica Rígida Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos utilizados no procedimento.	R\$ 270,00
40201252	Vídeo-Faringo-Laringoscopia com endoscópio Flexível Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos utilizados no procedimento.	R\$ 380,00
40201260	Vídeo-Faringo-Laringoscopia com endoscópio Rígido Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos utilizados no procedimento.	R\$ 380,00
40201236	Vídeo-Laringo-Estroboscopia com endoscópio Flexível Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos utilizados no procedimento.	R\$ 380,00
40201244	Vídeo-Laringo-Estroboscopia com endoscópio Rígido Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos utilizados no procedimento.	R\$ 380,00
40201325	Videoquimografia Laringea Incluso no valor do pacote: honorários médicos, materiais descartáveis, medicamentos inclusive os necessários para sedação, taxas de sala e equipamentos utilizados no procedimento.	R\$ 380,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

17.12.2. Tabela para pagamento de prostatectomia laparoscópica com intervenção do Robô Cirúrgico

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
70022477	Taxas em Procedimentos em Internação Clínica ou Cirúrgica - Urologia Incluso no valor: uso do robô, todos os insumos do robô cirúrgico [Um (01) Cabo Monopolar para Pinça Laparoscópica; Uma (01) Capa para Braço de Câmera Robótica; Três (03) Capas para Braço de Robótica; Uma (01) Capa para Câmera de Robótica; Um (01) Obturador para Robótica; Uma (01) Pinça Robótica Bipolar Maryland Forceps; Uma (01) Pinça Robótica Grasper Prograsp Forceps; Duas (02) Pinças Robóticas Porta Agulha Needle Driver; Um (01) Protetor de Tesoura Robótica Tip Cover; Quatro (04) Seladores de Cânula Robótica Seal; Um (01) Tesoura Robótica Monopolar Curva Hot Shears; Um (01) Sensor Bis. Não incluído no pacote: honorários médicos e do anestesista, materiais, medicamentos, OPME e demais custos inerentes ao Procedimento Cirúrgico.	R\$ 9.500,00

ANEXO "F" AO TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025 ORIENTAÇÕES GERAIS ÀS CREDENCIADAS HOSPITALARES

CAPÍTULO I

18. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

18.1. Cirurgias Eletivas

- 18.1.1. Todo e qualquer procedimento eletivo deverá ser previamente analisado pela Seção de Auditoria (SEAUD) - da Diretoria de Saúde - DISAU.
- 18.1.2. Todos os documentos apresentados deverão ser originais, tanto para autorização, quanto para auditoria.
- 18.1.3. Para avaliação do médico Auditor se fará necessário, além do pedido médico a apresentação de:
 - 18.1.3.1. Exames de imagem e laboratoriais;
 - 18.1.3.2. Relatório Médico detalhado contendo os riscos de complicações da doença de base, história progressa, tempo da doença, idade do usuário e outras informações necessárias.
 - 18.1.3.3. Código(s) TUSS referente ao(s) procedimento(s) requerido(s).
- 18.1.4. Quando a solicitação necessitar de avaliação com médico especialista, será agendada uma perícia presencial para análise especial;
- 18.1.5. Os procedimentos cirúrgicos serão prestados em consultórios médicos, clínicas e hospitais, credenciados ao CBMDF, com ou sem internação, de urgência/emergência ou eletivos.
- 18.1.6. As cirurgias que ocorrerem em caráter emergencial deverão ser regularizadas no primeiro dia útil subsequente à internação;
- 18.1.7. As cirurgias de emergência/urgência quando for necessária a utilização de OPMEs, deverá ser enviada a solicitação para a SEAUD/DISAU para que seja apreciada pelo setor de OPMEs responsável para negociação.
- 18.1.8. Como critério para pagamento, a revisão da conta médica pela SEAUD/DISAU será feita mediante a análise da descrição cirúrgica e anestésica, as quais deverão contemplar os seguintes itens:
 - 18.1.8.1. Identificação completa do paciente;
 - 18.1.8.2. Hora do início e término do ato cirúrgico;
 - 18.1.8.3. Equipe cirúrgica devidamente identificada: obrigatoriedade de carimbo e assinatura dos profissionais que efetivamente participaram do ato cirúrgico. O não cumprimento deste item acarretará a glosa dos honorários do profissional.
 - 18.1.8.4. Descrição detalhada da técnica cirúrgica, incluindo órteses e próteses, materiais especiais e específicos (Ex. hemostáticos, compressas neurocirúrgicas, campos iodoforados, fios de sutura) utilizados e suas quantidades;
 - 18.1.8.5. Boletim anestésico deverá discriminar as medicações com suas quantidades utilizadas durante ato cirúrgico e o horário de administração, inclusive soroterapia, o que não constar no Boletim Anestésico não será pago.
 - 18.1.8.6. Especificar tempo de consumo de gases e inalantes individualmente. É fundamental o preenchimento do gráfico específico, incluindo o TOF (train of four);
 - 18.1.8.7. Pacientes internados por causas clínicas que careçam de procedimento cirúrgico de urgência não necessitarão de autorização prévia, no entanto, o pagamento estará condicionado à análise posterior da equipe de auditoria do CBMDF que confirmará a urgência e efetiva necessidade do procedimento.
 - 18.1.8.8. O relatório de cirurgia deverá ser assinado e carimbado pelo médico-cirurgião e todos os médicos auxiliares que participaram da cirurgia. Na ficha de anestesia deverá constar o nome dos participantes do ato cirúrgico.
 - 18.1.9. Não será aceito folha de dispensação da farmácia como discriminação de gastos para pagamento, mesmo que carimbado pela equipe cirúrgica ou de enfermagem.
 - 18.1.10. Para gastos de materiais simples como seringas, ataduras, etc. poderá ser aceito folha de registro da enfermagem devidamente carimbada e assinada.

19. INTERNAÇÕES

- 19.1. Os pacientes não deverão ser internados na véspera do ato cirúrgico, mesmo que exijam preparo prévio. Caso seja necessário, a liberação da internação ficará a critério da SEAUD/DISAU, mediante justificativa médica.
- 19.2. Toda internação de paciente nos hospitais credenciados pelo CBMDF deverá ser executada mediante a apresentação da guia de autorização da SEAUD/DISAU, dentro do prazo de validade, apresentação da carteira de identidade, e em casos de procedimentos cirúrgicos eletivos, apresentar o pedido médico que ensejou o procedimento, relatório de auditoria/memória de cálculo, além da autorização e cotação de OPME, todos originais.
- 19.3. Todas as internações – com exceção das EMERGÊNCIAS – deverão ser previamente autorizadas pela SEAUD/DISAU do CBMDF.
- 19.4. No caso de internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, deverá ser entregue no 1º dia útil a solicitação de internação, contendo justificativa e relatório do médico assistente;
- 19.5. O indeferimento das diárias implica em glosa de todas as demais despesas ocorridas naquele período.
- 19.6. Caso o médico auditor do CBMDF entenda que o quadro clínico do paciente não era compatível com internação em UTI, mas apartamento, far-se-á o pagamento referente aos custos da unidade de internação autorizada, portanto, não serão remunerados honorários, materiais, gases e procedimentos típicos de UTI, como equipamentos de bomba de infusão para hidratação venosa, transdutor de pressão, por exemplo.
- 19.7. Pacientes internados não necessitam de emissão de guia eletiva CBMDF para cirurgias, exames e procedimentos relacionados à internação. Estas tratativas serão feitas diretamente entre a credenciada e a Seção de Auditoria do CBMDF.

20. PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO

- 20.1. Caso o quadro clínico do paciente exija sua permanência em ambiente hospitalar por período superior àquele previamente autorizado, o prestador de serviço deverá solicitar a prorrogação da internação até o último dia da autorização vigente, ou, se dia não útil, no máximo até o primeiro dia útil subsequente.
- 20.2. Tanto para a internação referida no tópico anterior, quanto para as prorrogações, deverá ser enviado relatório médico detalhado, contendo o quadro clínico, a evolução até o momento, o prognóstico e os dias de prorrogação solicitados à SEAUD/DISAU, além de prescrições, exames e procedimentos realizados;
- 20.3. Os pedidos de prorrogação podem ser enviados para a SEAUD.
- 20.4. As autorizações e prorrogação também poderão ser validadas pelo médico auditor no próprio hospital.
- 20.5. Outras modalidades de autorização poderão ocorrer com a implantação do sistema eletrônico de liberação e auditoria, cabendo ao CBMDF a comunicação e instrução às credenciadas.
- 20.6. Pacientes elegíveis para internação domiciliar devem ser direta e prioritariamente comunicados à Seção de Auditoria do CBMDF pela credenciada, podendo incorrer em glosas de diárias.

21. DIREITO A ACOMPANHANTE

- 21.1. Conforme consta no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde NR 262, será coberta as despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:
 - 21.1.1. Crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - 21.1.2. Idosos a partir de 60 anos de idade; e
 - 21.1.3. Pessoas portadoras de deficiências ou necessidades especiais, de acordo com laudo médico.
 - 21.1.4. Mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas.
 - 21.1.5. Outras condições definidas em Lei ou portarias de programas específicos de saúde.
- 21.2. O custo da acomodação do acompanhante ao paciente internado está incluso no valor da diária, no entanto, as refeições serão pagas conforme a Tabela 10 do Anexo "B".
- 21.3. Para fins de auditoria, o pagamento pelos alimentos do acompanhante será feito apenas mediante assinatura dele em tíquete, por refeição realizada. Não será remunerada por assinatura de funcionários ou profissionais da credenciada, do próprio paciente ou por falta de assinatura.

CAPÍTULO II

22. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 22.1. Emergência - é todo caso em que há ameaça iminente à vida, sofrimento intenso ou risco de lesão permanente, havendo necessidade de tratamento médico imediato. Alguns exemplos de emergências são a parada cardiorrespiratória, hemorragias volumosas e infartos que podem levar a danos irreversíveis ou óbito.
- 22.2. Urgência – é uma situação que requer assistência rápida, no menor tempo possível, a fim de evitar complicações e sofrimento.
- 22.3. Os atendimentos que tenham caráter de urgência ou emergência deverão ser imediatamente executados e a comunicação à SEAUD/DISAU do CBMDF até o primeiro dia útil após o atendimento, enviando todos os documentos de esclarecimentos diagnósticos exigidos.

23. ATENDIMENTO NO PRONTO-SOCORRO

- 23.1. NÃO serão pagos os atendimentos que NÃO EXPRESSAM urgência/emergência em Pronto Socorro.
- 23.2. Serão pagos somente exames e procedimentos necessários ao esclarecimento ou tratamento das emergências com registro de vinculação à queixa e suspeita diagnóstica.
- 23.2.1. Casos analisados pela equipe de Auditoria em Saúde do CBMDF que não configurem urgência ou emergência e que possuam caráter eletivo serão auditados e terão apenas 50% (cinquenta por cento) de seu valor final pagos, visando desestimular a repetição do ato. As OPMEs submetem-se a esta regra, e ainda deverão seguir o trâmite regular de cotação e autorização.
 - 23.2.1.1. Os casos de partos normal e cesárea que não configurem urgência ou emergência, serão avaliados pela auditoria médica e poderão ser remunerados como eletivos, conforme previsto nos pacotes deste TR.
- 23.3. As regras específicas para exames no âmbito na emergência estão especificados no item 2 do Capítulo VII do Anexo "C".

CAPÍTULO III

24. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPMES)

- 24.1. As solicitações de órtese, prótese ou material especial (OPME) devem ser encaminhadas para a análise do setor competente da DISAU. Os materiais serão negociados diretamente entre o Setor de OPME da SEAUD/DISAU do CBMDF e o fornecedor/distribuidor, que será responsável por entregar o produto ao prestador de serviço solicitante. Para isto, o prestador de serviço deverá solicitar a aquisição do OPME por meio eletrônico.
- 24.2. A SEAUD/DISAU irá fazer a cotação no mercado conforme detalhamento técnico informado pelo médico assistente, adquirindo aquele produto que, de acordo com o corpo técnico da auditoria do CBMDF, apresentar o melhor custo e benefício ao paciente, sem dar preferência à marca ou fornecedor, sendo vedada a solicitação de material permanente ou reutilizável.
- 24.3. O prestador de serviço não poderá exigir o fornecimento de material de determinada marca comercial para realização dos procedimentos médicos, salvo em casos excepcionais, em que um material tenha particularidade técnica específica e seja a única opção para realizar determinado procedimento, conforme avaliação da Seção de Auditoria do CBMDF. Para isto, o médico assistente deverá justificar por escrito sua solicitação, conforme Parecer nº 16/2008 do CFM - Conselho Federal de Medicina.
- 24.4. As OPMEs devem obedecer às Normas de Fabricação e Requisitos Essenciais de Segurança e Eficácia de Produtos para a Saúde, estabelecidos pela RDC 59, de 27/06/2000-ANVISA, deverão possuir registro vigente na ANVISA.
- 24.5. Caso haja divergência sobre qual produto deva ser adquirido, outro profissional do CBMDF será eleito, em comum acordo, para apresentar uma segunda opinião.
- 24.6. O pagamento das OPMEs está vinculado à conferência pelo auditor de sua autorização, registro do cirurgião, do número da ANVISA que deve ser o mesmo da COTAÇÃO, NOTA FISCAL e LACRE. Qualquer divergência implicará em glosa.
- 24.7. Todos os materiais deverão ter registro da ANVISA e os lacres anexados à conta hospitalar. Nos casos de materiais que se apresentem em lotes únicos, onde não é possível anexar os lacres à conta hospitalar, será obrigatória a apresentação de imagem trans e/ou pós-operatória, com os dados do paciente e data, que claramente comprovem o uso desses materiais.
- 24.7.1. Nas auditorias digitais que evoluírem para a ausência completa de documentos físicos, após anuência da Diretoria de Saúde do CBMDF, admitir-se-á a imagem do lacre desde que o nome do paciente e data de uso estejam manuscritos diretamente NO lacre de forma clara e legível, além do carimbo do profissional que utilizou o item.
- 24.8. Não serão acatados recursos cujo motivo da glosa seja ausência de lacres em conta, mesmo que apresentados posteriormente.
- 24.9. A nota fiscal da OPME deve conter o nome do paciente, data do procedimento e materiais autorizados com o devido número da ANVISA e compatíveis com a cotação autorizada.
- 24.10. Todos os documentos deverão ser originais.
- 24.11. Os valores de OPME a serem pagos deverão estar obrigatoriamente adequados à média de valores do histórico do banco de dados da subseção de OPME.

25. DA UTILIZAÇÃO DE OPME:

- 25.1. Para a autorização de utilização/aplicação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), os credenciados deverão observar obrigatoriamente os seguintes itens:
 - 25.1.1. O material precisará ser nacionalizado;
 - 25.1.2. O material precisará possuir cadastro e registro na ANVISA;
 - 25.1.3. Será definido pela Seção de Auditoria em Saúde (SEAUD/CBMDF) qual o melhor custo/benefício das OPME.
 - 25.1.4. A credenciada se obriga a receber OPME de fornecedor indicado pelo CBMDF.
- 25.2. As cirurgias emergenciais ou de urgência que exigirem a utilização de OPME, deverão obedecer aos seguintes critérios:
 - 25.2.1. A credenciada deverá apresentar relatório médico detalhado, com diagnóstico que caracterize o procedimento como emergencial ou de urgência, assim como exames laboratoriais e/ou de imagem, pré e pós-operatórios;
 - 25.2.2. A nota fiscal da OPME deverá ser entregue em nome da fonte pagadora, fazendo referência ao paciente, constando para cada peça, o lote e referência do produto, além do número do registro na ANVISA;
- 25.3. A conta hospitalar apresentada pela credenciada deverá conter os exames de imagem que a Auditoria do CBMDF julgar pertinentes, visando a adequada comprovação e/ou visibilidade da doença, do tratamento realizado e/ou do material OPME empregado; um descritivo detalhado sobre o material OPME utilizado; o respectivo lacre de identificação; o número do lote; e o número de registro na ANVISA;
- 25.4. Conforme escolha do CBMDF, poderá ser adotada a Tabela SIMPRO com deságio de 20% (vinte por cento);
- 25.5. As fornecedoras de OPME para os estabelecimentos credenciados não poderão, em hipótese alguma, entrar em contato direto com os pacientes do Sistema de Saúde do CBMDF.

CAPÍTULO IV

26. NEGOCIAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES (PACOTES)

- 26.1. Poderão ser realizadas negociações de novos pacotes referentes a procedimentos cirúrgicos, SADTs, podendo envolver para diárias e atendimentos de pronto-socorro e ambulatoriais, com valores fixos acordados entre CBMDF e Prestadores de serviços de saúde, tendo a finalidade de facilitar o planejamento financeiro entre ambos;
- 26.2. As negociações de valores são específicas por especialidade médica e confeccionadas conforme a necessidade de materiais, OPMEs medicamentos, honorários médicos, diárias e taxas de sala cirúrgica e equipamentos;
- 26.3. Nas negociações de valores será obrigatória a discriminação de todos os itens pertinentes para a realização dos procedimentos como, por exemplo:
- 26.4. Honorários médicos – discriminar todos os códigos conforme tabela e os profissionais envolvidos;

- 26.5. Diárias, Taxas e Gases – devem ser coerentes com os procedimentos, os valores e quantidades codificados corretamente conforme o acordado entre as partes;
- 26.6. Medicamentos – observar a compatibilidade da indicação e quantidade;
- 26.7. Material descartável – observar se durante o procedimento cirúrgico houve compatibilidade entre o tipo e quantidade de material utilizado, conforme tabela adotada em edital de credenciamento;
- 26.8. OPMS – será obrigatória a discriminação de todos os itens, com especificação do tipo, quantidade e os valores de cada;
- 26.9. A negociação de procedimentos médicos hospitalares deverá ter como referência as contas abertas e o valor de mercado.
- 26.10. No caso de associação de um procedimento empacotado com outro aberto o pagamento será feito da seguinte forma:
- 26.11. Honorários: pagar-se-á 70% para via diferenciada em relação a via do procedimento empacotado ou 50% para mesma via;
- 26.12. Materiais, medicamentos e OPMS: se autorizados, paga-se-á o valor integral dos itens não contemplados no pacote.
- 26.13. Os pacotes estabelecidos neste PES encontram-se especificados nos Anexos.

CAPÍTULO V

27. ESPECIFICIDADES DAS ÁREAS MÉDICA, ODONTOLÓGICA E NUTRICIONAL

27.1. Nefrologia

27.1.1. Os pedidos referentes à nefrologia serão analisados à luz dos consensos e diretrizes atuais, publicados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia e Associação Médica Brasileira, tanto na auditoria prévia dos procedimentos eletivos quanto na auditoria posterior, realizada nos procedimentos de urgência/emergência.

27.2. Oncologia

27.2.1. Tratamentos oncológicos que exijam supervisão médica (como anticorpos monoclonais, inibidores de osteólise de uso parenteral e hormonioterapia injetável) terão cobertura desde que preencham os critérios técnicos.

27.2.2. Não serão pagos honorários médicos adicionais para administração/supervisão da medicação.

27.2.3. Solicitação para liberação de Tratamento Oncológico (Quimioterapia ou Radioterapia): o Formulário de Solicitação de Quimioterapia e Radioterapia deve ser totalmente preenchido em cada início ou mudança de tratamento. Seu preenchimento completo e envio para análise são obrigatórios. Algumas situações específicas (como suporte medular) necessitam de informações adicionais. Cabe à auditoria avaliar se os documentos solicitados estão legíveis e corretamente incluídos.

27.2.4. A avaliação da cobertura e demais orientações pormenorizadas estarão no Manual de Auditoria do CBMDF.

27.2.5. Tratamentos considerados experimentais não serão cobertos.

27.2.6. A heparinização de cateter implantável é parte integrante do procedimento “Terapia oncológica”. Não cabe a remuneração do procedimento durante a aplicação de quimioterapia, tão pouco para a manutenção/permeabilização do acesso.

27.2.7. Medicamentos de custo elevado (como exemplo: antieméticos para esquemas de tratamento oncológico de alto potencial emetogênico) devem ser previamente solicitados, em conjunto com as drogas oncológicas. Não se justifica uso sistemático de inibidores de bombas de próton via parenteral em pacientes com via oral disponível.

27.2.8. Todo e qualquer tratamento oncológico deve ser autorizado previamente pela SEAUD/DISAU do CBMDF.

27.2.9. Os códigos “2.01.04.29-4 - Terapia oncológica – planejamento e 1º dia de tratamento” e “2.01.04.30-8 - Terapia oncológica – por dia subsequente de tratamento” serão pagos exclusivamente para tratamento ambulatorial. Portanto, não serão aplicados aos pacientes internados que necessitem de terapia oncológica, visto que o profissional já é remunerado pela visita durante a internação.

27.2.10. Os códigos “2.01.04.24-3 Terapia oncológica com altas doses – planejamento e 1º dia de tratamento” e “2.01.04.25-1 Terapia oncológica com altas doses – por dia subsequente de tratamento” seguirão as mesmas regras do item anterior e serão devidos nos casos de quimioterapia pré-transplante.

27.3. Ortopedia e Traumatologia

27.3.1. DEFINIÇÃO:

27.3.1.1. ORTOPEDIA – São os procedimentos de caráter eletivo, por se tratar de Patologias Congênitas ou Adquiridas (exemplo: pé torto, desvios posturais, sequelas de paralisia infantil);

27.3.1.2. TRAUMATOLOGIA – Está condicionada à URGÊNCIA, pois ocasiona dor aguda (exemplo: fraturas, entorses, distensões).

27.3.2. As cirurgias que exigirem a utilização de órteses e próteses ortopédicas, bem como a artroplastia com implantes, deverão passar por perícia com médico ortopedista do CBMDF e autorização prévia do médico auditor da SEAUD/DISAU.

27.3.3. A autorização e liberação das OPMS necessárias para a realização dos procedimentos serão cobertas obedecendo aos seguintes critérios:

27.3.4. Todos os materiais deverão ter registro da ANVISA e os lacres anexados à conta hospitalar. Nos casos de materiais que se apresentem em lotes únicos, onde não é possível anexar os lacres à conta hospitalar, será obrigatório o anexo dos exames de imagem trans e/ou pós-operatório para comprovação do uso desses materiais.

27.3.5. Todos os procedimentos considerados de alto custo serão analisados pelo médico auditor da SEAUD/DISAU e posteriormente submetidos à avaliação clínica constante na perícia médica prévia, realizada pela Policlínica do CBMDF, e o relatório, enviado à SEAUD/DISAU para autorização, anexadas as justificativas clínica e técnica dos materiais solicitados pelo médico assistente.

27.3.6. A indicação do tipo de superfície e método de fixação da prótese é prerrogativa do médico assistente.

27.3.7. No caso de divergência entre o médico assistente e o profissional do CBMDF, caberá a instauração de “Junta Médica”, de acordo com a Resolução nº 8 do CONSU.

27.3.8. Os instrumentais cirúrgicos como fresas, brocas, serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador são instrumentos cirúrgicos permanentes e constituem o material básico para a realização do procedimento, portanto, não serão remunerados como materiais de uso único.

27.3.9. Os procedimentos que envolvam fraturas ou luxação devem ser pagos mediante comprovação objetiva (laudo e imagem de raio-X);

27.3.10. Em casos de fraturas complexas de face será exigido exame de imagem para comprovação do real uso dos materiais;

27.3.11. Para o pagamento de honorários médicos referente a imobilizações far-se-á necessária a descrição do procedimento por esse profissional.

27.3.12. Não será remunerado, de forma alguma, sobreposição de códigos. Pagar-se-á o código referente ao procedimento principal, por exemplo, em caso de pagamento de tratamento de fratura, não se pagará o de imobilização.

27.4. Urologia

27.4.1. Os pedidos referentes à urologia serão analisados à luz dos consensos e diretrizes atuais, publicados pela Sociedade Brasileira de Urologia e Associação Médica Brasileira, tanto na auditoria prévia dos procedimentos eletivos quanto na auditoria posterior, realizada nos procedimentos de urgência/emergência.

27.5. Buco-Maxilo-Facial

27.5.1. Os procedimentos pertinentes desta especialidade podem ser solicitados pelos seguintes especialistas:

27.5.2. Odontólogos especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial com título reconhecido pelo respectivo conselho.

27.5.3. Médicos especialistas com título em cirurgia crânio-maxilo-facial reconhecido pelo respectivo conselho.

27.5.4. Os procedimentos de buco-maxilo-facial somente serão autorizados, mediante perícia prévia por oficial cirurgião-buco-maxilo-facial do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. De acordo com a avaliação inicial do cirurgião-dentista auditor da SEAUD, esta perícia poderá ser dispensada;

27.5.5. As cirurgias da região buco-maxilo-facial realizadas em âmbito hospitalar serão avaliadas pelo cirurgião-dentista auditor mesmo que tenham sido solicitadas por médico, visto tratar-se de área de interesse, conhecimento e atuação legal do cirurgião-dentista;

27.5.6. As cirurgias orais menores realizadas em consultório não serão autorizadas pela SEAUD/DISAU;

27.5.7. Em casos específicos, a auditoria poderá autorizar a realização de cirurgias orais menores em ambiente hospitalar, como nos casos de pacientes especiais ou de alto risco, nos quais o suporte hospitalar seja necessário.

27.5.8. Para análise dos pedidos de cirurgias buco-maxilo-faciais será necessária a apresentação de:

exames radiológicos com laudos; relatório justificando a necessidade e indicação precisa dos procedimentos, relatório indicados as OPMS necessárias com a indicação item por item de cada uma e traçado preditivo cirúrgico.

27.5.9. Nos casos de urgência/emergência da região buco-maxilo-facial a auditoria será realizada posteriormente pelo cirurgião-dentista auditor mesmo que o profissional que realize a intervenção seja médico;

27.5.10. É vedado ao médico assistente do paciente solicitar avaliação deste a profissional dentista que não seja credenciado do CBMDF ou que não possa receber seus honorários por intermédio do credenciado nos termos do Edital de Credenciamento.

27.5.11. Não serão deferidas mentoplastias.

27.5.12. No caso específico de grandes recuos mandibulares nos quais haja grande diminuição do espaço aéreo e, portanto, seja necessária a mentoplastia para grande avanço desta região anatômica, a auditoria a poderá deferir.

27.6. Odontologia Hospitalar - UTI

27.6.1. Não serão autorizados procedimentos que não tenham relação imediata com a remoção de foco infeccioso bucal.

27.6.2. Somente serão deferidos procedimentos realizados em pacientes que, por conta da doença grave, não possam realizar o tratamento na PODON;

27.6.3. Somente serão deferidos procedimentos em que a remoção do foco infeccioso bucal seja imprescindível para a manutenção da saúde geral do paciente;

27.6.4. Não serão deferidos procedimentos em pacientes que possam realizar a higiene bucal sozinho eliminando, assim, a presença de placa bacteriana e, portanto, reduzindo a quantidade de agentes infecciosos locais. Em casos específicos nos quais a higiene bucal seja realmente precária e o estado de saúde geral do paciente esteja muito comprometido, a SEAUD poderá deferir alguns procedimentos, de acordo com relatório e demais documentos comprobatórios deste quadro clínico;

27.6.5. Estes procedimentos necessitarão de comprovação por fotos e/ou radiografias pré e pós tratamento, conforme critério da auditoria;

27.6.6. Não serão deferidos:

27.6.6.1. Procedimentos da área de prótese;

27.6.6.2. Procedimentos restauradores definitivos;

27.6.6.3. Procedimentos de cunho estético;

27.6.6.4. Cirurgias periodontais em geral;

27.6.6.5. Procedimentos ortodônticos e/ou ortopédicos buco-faciais;

27.7. Nutrição Hospitalar

27.7.1. Terapia Nutricional é dirigida aos pacientes portadores de doenças agudas e/ou crônicas em que a terapia nutricional seja necessária em suporte ao tratamento de doenças de base ou como tratamento em si. O acompanhamento destes pacientes será realizado pelo médico nutrólogo e/ou nutricionista (ou equipe EMTN Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional), os quais deverão elaborar plano de tratamento com um relatório justificando a necessidade do tratamento

e a escolha do produto a ser utilizado, para avaliação da SEAUD/DISAU.

- 27.7.2. A prescrição de Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral deverá seguir os consensos das sociedades brasileiras que abordam o assunto – Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN), Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral Enteral (SBNPE) e este Manual de Orientação para a Rede Credenciada.
- 27.7.3. Deverá constar na solicitação de nutrição parenteral, enteral ou suplemento oral um resumo sumário do quadro clínico do paciente (história clínica, dados antropométricos, escores clínicos de avaliação nutricional), bem como justificativa para a opção pelo produto escolhido/prescrito.
- 27.7.4. Para os pacientes internados em apartamento/UTI e em uso de nutrição enteral caberá avaliação pelo médico nutrólogo na forma de parecer a ser solicitada pelo médico assistente, segue-se a regra de liberação de parecer para a mesma especialidade a cada 3 dias.
- 27.7.5. Deverá constar na solicitação de nutrição parenteral e ou enteral, um resumo sumário do quadro clínico do paciente (registrando a perda ponderal, os riscos pela não administração e os ganhos que serão obtidos), relatando a real necessidade de tal nutrição. A ausência desses dados pode ocasionar no não pagamento da dieta prescrita.
- 27.7.6. Não serão aceitas evoluções médicas repetidas em dias diferentes.
- 27.7.7. Não será coberto nutrólogo para pacientes com dieta enteral por via oral exclusiva.
- 27.7.8. Para dietas com valores superiores ao porte 12A, será necessária autorização prévia da auditoria do CBMDF.

27.8. Fisioterapia Hospitalar

- 27.8.1. A assistência fisioterapêutica será indicada pelo médico assistente, apresentando relatório com diagnóstico e justificativa para o tratamento;
- 27.8.2. O tratamento realizado por fisioterapeuta deve apresentar o respectivo relatório contendo diagnóstico e número de sessões;
- 27.8.3. O fisioterapeuta deverá organizar e registrar no prontuário do paciente o Plano de Assistência Fisioterapêutica, a sua efetividade e resolutivez para o paciente, data e horário em que o atendimento foi prestado.
- 27.8.4. Os casos clínicos e cirúrgicos para pacientes sem déficit motor ou respiratório serão cobertos somente mediante justificativa do médico assistente em situações em que haja risco elevado de complicações, como no caso de idosos, obesos ou imobilidade prolongada no leito.
- 27.8.5. Não serão pagos os gastos com os sistemas de auxílio à cinesioterapia respiratória (Flutter, Threshold, máscaras, EPAP, CPAP e válvulas de PEEP).

27.9. Fonoaudiologia Hospitalar

- 27.9.1. A solicitação deverá conter um resumo sumário do quadro clínico do paciente, justificando a real necessidade do tratamento;
- 27.9.2. Caberá ao fonoaudiólogo organizar e registrar no prontuário do paciente o Plano de Assistência Fonoterapêutica, a sua efetividade e resolutivez para o paciente;
- 27.9.3. Durante o período de internação, será paga no máximo 01 (uma) sessão por dia, devidamente registrada no prontuário e o quadro clínico do paciente deverá estar compatível com a assistência prestada;
- 27.9.4. Nos casos de complicações específicas do recém-nascido serão autorizadas sessões diárias em berçário ou UTI desde que apresentem a prescrição médica e relatório do fonoaudiólogo;
- 27.9.5. Não será coberta assistência a pacientes com classificação de disfagia leve ou correspondentes.
- 27.9.6. O enfermeiro auditor poderá solicitar análise médica caso julgue necessário para o pagamento das sessões.

CAPÍTULO VI

28. HEMOTERAPIA

- 28.1. Informações gerais
- 28.1.1. As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas exclusivamente por médicos, em formulário específico que contenha informações suficientes para uma correta identificação do receptor.
- 28.1.2. Devem constar no formulário, no mínimo, os seguintes dados:
- I - Nome completo do paciente sem abreviaturas;
 - II - Data de nascimento;
 - III - Idade;
 - IV - Número do prontuário ou registro do paciente;
 - V - Diagnóstico;
 - VI - Hemocomponente solicitado (com o respectivo volume ou quantidade);
 - VII - Modalidade da transfusão;
 - VIII - Resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente;
 - IX - Data;
 - X - Dados do médico solicitante (nome completo, assinatura e número do CRM);
- 28.1.3. Todas as administrações devem ser registradas em prontuário contendo horário e tempo de infusão, reações transfusionais, o número de controle do componente sanguíneo, a quantidade total de componentes infundidos e o comprovante original do componente transfundido.
- 28.1.4. As regras para indicação de hemocomponentes, dose e modo de administração, manejo de reações transfusionais devem seguir o estabelecido pelo Ministério da Saúde e as diretrizes da Fundação Hemocentro de Brasília.
- 28.1.5. No caso de uso de material especial, quando não incluído em pacote e sob autorização, como filtro para remoção de leucócitos, o laço deve estar anexado à cobrança.
- 28.1.6. Detalha-se a seguir regras para administração de hemocomponentes submetidos a tratamento:

HEMOCOMPONENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO	CARACTERÍSTICAS
IRRADIADOS	A irradiação dos hemocomponentes é realizada para a prevenção da doença do enxerto versus hospedeiro associada à transfusão (DECH-AT), complicação imunológica usualmente fatal, causada pela enxertia e expansão clonal dos linfócitos do doador em receptores suscetíveis. Com a finalidade de prevenir esta complicação, os hemocomponentes celulares (concentrado de hemácias e de plaquetas) devem ser submetidos à irradiação gama na dose de, pelo menos, 2500cGy (25Gy), impossibilitando a proliferação dos linfócitos. Indicações: Transfusão intrauterina; Exsangüneo-transfusão, obrigatoriamente, quando houver transfusão intra-uterina prévia; Recém-nascidos prematuros (inferior a 28 semanas) e/ou de baixo peso (1.200g); Portadores de imunodeficiências congênitas graves; Pós-transplante de medula óssea autólogo ou alogênico; Pós-transplante de célula progenitora hematopoietica (CPH) de cordão umbilical ou placenta; Pacientes tratados com análogos da purina; fludarabina, cladribine, deoxicofurina; Receptor de transplante de órgãos sólidos em uso de imunossupressores; Portadores de linfomas, leucemia mielóide aguda e anemia aplásica em tratamento quimioterápico ou imunossupressor (ou recente, usualmente < 6 meses); Receptor de concentrado de plaquetas HLA compatíveis; Quando o receptor tiver qualquer grau de parentesco com o doador.
DESLEUCOCITADOS (FILTRADO)	É um procedimento realizado através de filtros específicos para remoção de leucócitos de um componente sanguíneo celular (glóbulos vermelhos e plaquetas). Indicações: Hemoglobinopatias; Anemias hemolíticas hereditárias; Antecedente de duas ou mais reações febris não-hemolíticas (RFNH); Síndromes de imunodeficiências congênitas; Candidatos a transplante de medula óssea; Anemia aplásica; Leucemia mielóide aguda; Doenças onco-hematológicas graves até esclarecimento diagnóstico; Portadores de doença plaquetária cuja necessidade transfusional é frequente; Prevenção de Infecção para CMV nas seguintes situações: Paciente HIV positivo com sorologia negativa para CMV; Candidato a transplante de órgãos e medula óssea se doador e receptor forem negativos para CMV; Transfusão intrauterina; Gestantes com sorologia não-reativa ou desconhecida para CMV; Recém-nascidos prematuros e de baixo peso (1.200g) de mães CMV negativas ou com status sorológico desconhecido.
LAVADOS	É obtida através de lavagens dos hemocomponentes celulares (glóbulos vermelhos e plaquetas) com solução isotônica de cloreto de sódio estéril em quantidade suficiente (1 a 3 litros), com a finalidade de eliminar a maior quantidade possível de plasma. Este procedimento é realizado em serviço de hemoterapia produtor utilizando sistema fechado ou em condição que minimize o risco de contaminação (cabine de segurança biológica/fluxo laminar). Indicações: Antecedente de reações alérgicas graves associadas a transfusões não evitadas com uso de medicamentos; Pacientes deficientes de IgA, haptoglobina ou transferrina com história prévia de reação anafilática durante transfusões anteriores.

- 28.1.7. Pacotes relativos à hemoterapia

PACOTES RELATIVOS A HEMOTERAPIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
70022408	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde.	R\$ 829,00
	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	
70022409	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde.	R\$ 829,00
	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	
70022410		R\$ 758,00

	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde.	
	UNIDADE CRIOPRECIPITADO	
70022411	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde.	R\$ 758,00
	PACOTE DE UNIDADE DE PLASMA	
70022412	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde.	R\$ 758,00
	CONCENTRADO DE LEUCÓCITOS	
70022413	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde	R\$ 2.800,00
	PACOTE DE PLAQUETAFÉRESE	
70022414	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas, kit de plaquetaférese e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde.	R\$ 3.200,00
	PACOTE DE PLASMAFÉRESE	
70022415	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas, kit de plaquetaférese e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde.	R\$ 3.100,00
	PACOTE DE SANGRIA TERAPÊUTICA	
70022416	INCLUSO NO VALOR DO PACOTE: Honorário médico, materiais descartáveis, medicamentos de uso geral, taxas e exames obrigatórios pelo Ministério da Saúde.	R\$ 154,00

*Metodologia utilizada para índice de valores – vide processo SEI nº 00053-00036114/2024-11

CAPÍTULO VII

29. MOTIVOS DE GLOSAS: OS EVENTOS EM SAÚDE REALIZADOS E COBRADOS SEM A DEVIDA OBSERVÂNCIA DOS CRITÉRIOS CONSTANTES EM CONTRATOS SERÃO GLOSADOS QUANDO:

29.1. Diárias E Taxas:

- I - Ausência de evolução clínica correspondente;
- II - Cobrança de diária em procedimento, que caberia taxa de sala de observação e ou day clinic;
- III - Cobrança de diária para pré-operatório eletivo;
- IV - Cobrança de internação por pendência de exames diagnósticos/terapêuticos;
- V - Cobrança em desacordo com o procedimento liberado;
- VI - Com evolução médica que não justifica a permanência hospitalar;
- VII - Diária ou taxa em desacordo com a tabela adotada;
- VIII - Diária para investigação injustificada;
- IX - Diárias cobradas além da permanência hospitalar;
- X - Inclusão no valor do "pacote";
- XI - Inexistência de autorização da SEAUD/DISAU; e
- XII - Prorrogação de internação não regularizada.

29.2. Medicamentos

- I - Ausência de prescrição do médico;
- II - Ausência do horário de checagem da medicação e rubrica pela enfermagem;
- III - Cobrança de medicamento que não seja o genérico.
- IV - Cobrança em desacordo com a prescrição médica;
- V - Inclusão na diária em forma de pacote;
- VI - Medicamento de alto custo sem autorização e ausência do lacre para conferência pela auditoria;
- VII - Medicamento não compatível com atendimento;
- VIII - Medicamento novo, sem previsão em tabela e sem autorização do CBMDF.
- IX - Não preenchimento do balanço hídrico;
- X - Preço e/ou percentual acima do previsto neste Termo de Referência; e
- XI - Quantidade/dose incompatível com a prescrição médica.

29.3. Material

- I - Auditoria final consta que o procedimento foi realizado com outro material;
- II - Ausência de autorização prévia quando não constar na Revista SIMPRO e ausência de nota fiscal;
- III - Ausência do lacre para conferência pela auditoria;
- IV - Cobrança indevida;
- V - Em desacordo com o "pacote" vigente;
- VI - Inclusão na taxa;
- VII - Lacre em desacordo com a cotação e nota fiscal;
- VIII - Material não previstos para o procedimento;
- IX - Material novo, sem previsão em tabela e sem autorização do CBMDF;
- X - Preço acima do valor da Tabela CBMDF utilizada;
- XI - Quantidade acima do previsto para o procedimento;
- XII - Descrito como não coberto neste Termo de Referência.

29.4. Honorários/ Procedimento

- I - Ausência de justificativa adequada para solicitação de parecer e/ou acompanhamento do especialista;
- II - Ausência de justificativa para acréscimo ou mudança de procedimento;
- III - Ausência de laudo do Especialista do exame realizado;
- IV - Ausência de laudo/relatório médico que justifique a realização do procedimento/consulta;
- V - Cobrança não corresponde ao realizado e/ ou autorizado;
- VI - Código inexistente/ ou incorreto da tabela de honorários médicos vigente à época;
- VII - Cópia do pedido médico;
- VIII - Data, hora ou tipo de acomodação não prevê acréscimo;
- IX - Falta de identificação do médico, CRM, assinatura, carimbo na solicitação de exames e ou prescrição;
- X - Honorários incompatíveis com o procedimento;
- XI - Não compatíveis com diagnósticos / evolução clínica;
- XII - Participação do profissional sem comprovação – deverá constar o carimbo e assinatura de todos os profissionais envolvidos no procedimento ou cirurgia;
- XIII - Pedido médico alterado e ou rasurado;
- XIV - Pedido médico em nome de outro paciente;
- XV - Pedido médico ilegível;
- XVI - Pedido médico não confere com a guia;
- XVII - Pedido médico sem a identificação do paciente;
- XVIII - Pedido médico sem data;
- XIX - Procedimento inerente ao ato principal;
- XX - Procedimentos múltiplos em desacordo com a tabela de honorários adotada;
- XXI - Retorno cobrado como consulta;
- XXII - Visitas médicas inclusas no valor do procedimento; e

XXIII - Visitas médicas incompatíveis com o tempo de permanência.

29.5. **Exame**

- I - Ausência de autorização do CBMDF;
- II - Ausência de identificação do paciente, data de realização, assinatura e /ou carimbo do profissional;
- III - Ausência de registro de execução;
- IV - Ausência do resultado/laudo que comprove a realização dos exames;
- V - Codificação inadequada;
- VI - Data de autorização posterior à data do atendimento;
- VII - Em local de atendimento não autorizada/inadequada;
- VIII - Incompatível com a solicitação médica;
- IX - Justificativa ausente ou insuficiente; e
- X - Solicitação de formulário impróprio/ inadequado ou rasurado.

29.6. **Documentação**

- I - Assinatura na Guia CBMDF diferente da cópia do documento de identificação;
- II - Atendimento ambulatorial cobrado na internação;
- III - Ausência de assinatura do paciente ou responsável na guia do CBMDF;
- IV - Ausência de dados clínicos na solicitação do procedimento;
- V - Ausência de relação discriminada de material/medicamento;
- VI - Ausência de assinatura do usuário e ou responsável;
- VII - Ausência de descrição do serviço realizado;
- VIII - Ausência de guia para honorários médicos;
- IX - Ausência de identificação / assinatura e carimbo do médico;
- X - Ausência de solicitação médica;
- XI - Ausência de valor na relação de material/medicamento (utilizado);
- XII - Ausência do valor do procedimento descrito;
- XIII - Cobrança em duplicidade;
- XIV - Data da autorização posterior à realização do procedimento, nos casos eletivos;
- XV - Data inexistente ou rasurada;
- XVI - Documentação com irregularidade;
- XVII - Documentação de solicitação de procedimento sem o nome do usuário;
- XVIII - Documento sem condições de análise;
- XIX - Documentos com rasuras e/ou com corretivo;
- XX - Erro no valor apresentado;
- XXI - Exame incluído na consulta;
- XXII - Exercícios fiscais diferentes na mesma remessa (anos diferentes de atendimento na mesma fatura);
- XXIII - Falta de assinatura/documentos/dados completos;
- XXIV - Falta dos relatórios originais;
- XXV - Formulário impróprio e/ou inadequado;
- XXVI - Grupo de usuários diferentes na mesma remessa (exemplo: Militar em remessa de Dependente);
- XXVII - Internação não autorizada;
- XXVIII - Matrícula incorreta e ou inexistente;
- XXIX - Procedimento incompatível com a especialidade do credenciado;
- XXX - Procedimento incompatível com a idade e/ou sexo;
- XXXI - Procedimento incompatível com o código do procedimento em Tabela;
- XXXII - Procedimento já contemplado em outro código;
- XXXIII - Procedimento requer autorização prévia;
- XXXIV - Profissional não cadastrado na referida especialidade;
- XXXV - Profissional não credenciado e/ou não pertencente ao corpo clínico do serviço credenciado;
- XXXVI - Quantidade de exames maior que o autorizado;
- XXXVII - Quantidade de procedimentos acima do permitido; e
- XXXVIII - Valor total da capa de lote diferente do valor total das guias.

29.7. **Pronto Socorro**

- 29.7.1. Não serão acatadas as cobranças de materiais e medicamentos de alto custo em pronto socorro, exceto com justificativa médica.
- 29.7.2. Cobranças concomitantes de outras taxas de administração de medicamento, quando cobrada a Taxa de Sala de Observação.
- 29.8. Tabela Referencial de Codificação de Glosas:

Nº	MOTIVO	Nº	MOTIVO	Nº	MOTIVO	Nº	MOTIVO
1	Adicional de 30% fora do critério	17	Cobrança de taxa não pertinente	33	Guia autorizada para outro prestador	49	Laudo com data diferente da realização
2	Assinatura difere do documento	18	Conta/recurso fora do prazo	34	Guia autorizada para outro procedimento	50	Material permanente
3	Atendimento de caráter eletivo	19	Diárias em excesso	35	Guia/pedido fora da validade	51	Material/Anvisa diferente do autorizado
4	Atendimento por médico CBMDF	20	Diárias não autorizadas	36	Incluso no pacote	52	Medicação não prescrita/suspensa
5	Ausência de assinatura	21	Difere da autorização	37	Incluso no procedimento autorizado	53	Medicamento em desacordo com a prescrição
6	Ausência de autorização	22	Documento ilegal	38	Internação injustificada	54	Medicamento não genérico
7	Ausência de comprovante	23	Documento não original	39	Isolamento não comprovado por exame	55	Medicação sem justificativa para o uso
8	Ausência de data	24	Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente	40	Item acima do preço de mercado	56	Retorno de consulta
9	Ausência de discriminação do serviço ou produto	25	Duplicidade de cobrança	41	Item adquirido por familiar a seu critério	57	SADI/exames fora da tabela acordada
10	Ausência de documento do paciente/acompanhante	26	Exame sem laudo	42	Item fora da tabela acordada	58	Sobreposição de códigos
11	Ausência de evolução do profissional	27	Exame/procedimento em excesso	43	Item fora do período de cobrança	59	Somatória errada – cálculo
12	Ausência de guia CBMDF	28	Exame/procedimento incompatível com o diagnóstico	44	Item incluso na taxa	60	Urgência não caracterizada
13	Ausência de lacre	29	Exame/procedimento não coberto	45	Item injustificado para o caso	61	Valor acima do previsto
14	Ausência de nota fiscal	30	Exame/procedimento não realizado	46	Item não coberto	62	Outros motivos
15	Ausência de pedido médico original	31	Falta checagem/ carimbo/ identificação do profissional	47	Item não utilizado	63	Rasura
16	Cobrança em excesso	32	Guia autorizada para outro beneficiário	48	Justificar cobrança	-----	-----

CAPÍTULO VIII

30. **NÃO SERÃO REMUNERADOS OS SEGUINTE SERVIÇOS E/OU MATERIAIS E/OU MEDICAMENTOS:**

- 30.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 30.2. Os avaliados pela DISAU como estéticos, não reparatórios ou ineficazes para manter ou recuperar a saúde dos bombeiros militares, dependentes e pensionistas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 30.3. Os exames sucessivos com a mesma natureza de exames anteriores ainda válidos;
- 30.4. Os exames de alta complexidade, sem a apresentação de exames anteriores de menor complexidade que comprovem sua necessidade;
- 30.5. Os procedimentos, tratamentos, materiais e serviços não aprovados pela bioética ou não reconhecidos pela respectiva entidade profissional de saúde competente;
- 30.6. As órteses, próteses, materiais especiais e sínteses, não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- 30.7. As órteses, próteses e seus acessórios que não necessitem de cirurgia para implantação ou retirada;
- 30.8. As despesas extraordinárias não relacionadas diretamente ao tratamento;
- 30.9. as despesas relacionadas a medicamentos, curativos e vacinas;
- 30.10. As consultas, exames em geral, tratamentos, cirurgias e outros procedimentos para reversão de métodos contraceptivos cirúrgicos;
- 30.11. As consultas, tratamentos, exames em geral, cirurgias e outros procedimentos para controle de infertilidade e esterilidade e suas consequências;
- 30.12. Os já remunerados por outros planos de saúde ou seguro.

ANEXO "G" AO TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025
TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, CPF: _____, matrícula: _____, responsável por _____, grau de parentesco: _____, estou ciente que durante internação/atendimento no Hospital _____ foi realizado o exame cujo resultado somente estará disponível após a alta hospitalar, motivo pelo qual me comprometo a retornar à unidade de saúde para retirada do laudo quando disponível.

Brasília, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura conforme documento de identificação.
(documento deve ser anexado)

ANEXO "H" AO TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025
FORMULÁRIO DE RECURSO DE GLOSA

DADOS DO CREDENCIADO	
CNPJ:	Responsável pelo recurso:
Telefones:	E-mail:
DADOS DO RECURSO	
Fatura nº:	Guia(s) glosada(s) nº:

GUIA Nº	ITEM GLOSADO	VALOR GLOSADO	VALOR RECURSADO	JUSTIFICATIVA
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
TOTAL				

Para uso da SEAUD/CBMDF

ITEM GLOSADO	VALOR QUESTIONADO	VALOR ACATADO	JUSTIFICATIVA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
TOTAL			

ANEXO "I" AO TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025
NORMAS E RESOLUÇÕES OBSERVADAS PELA VISTORIA

Manual Somasus	Portaria MS/GM 123/05
CFM nº 2056/13	Portaria MS/GM nº 336/02
CFM nº 1886/08	Portaria MS/GM nº 1353/11
Resolução CFM nº 2021/13	Lei nº 10741/03
Resolução CFM nº 1802/06	Lei nº 9.263/96
Resolução CFM nº 2057/13, anexo II	RDC nº 63, 25/11/11, art. 50
Resolução CFM nº 2056/13	RDC Anvisa nº 50/02
Resolução CFM nº 2077/14	RDC Anvisa nº 15/12
Parecer CFM nº 08/00	RDC Anvisa nº 302/2005
Resolução CFM nº 1670/03	RDC Anvisa nº 6/13
Portaria MS/SVS 344/1998	RDC Anvisa nº 7/10
Portaria MS/GM nº 1459/11	RDC Anvisa nº 15/2012
Portaria MS nº 341/14, art. 7º	RDC Anvisa nº 36/13
Portaria MS nº 569/00	RDC Anvisa nº 15/12, art. 91
Portaria MS/GM nº 11/15	NR 23

Portaria MS/GM nº 1016/93	NR 32
Portaria SAS/MS nº 371/14	ABNT 7256
Portaria MS/GM nº 2048/02	ABNT NBR 9050/04
Portaria MS/GM 3432/98	Resolução Conama nº 358/05, art. 2º, inciso XI
Resolução CFM nº 1931/09 (Código de Ética Médica)	Nota Técnica nº 01/2008/GQUIP/GGTPS/ANVISA
Portaria do MS Nº 453/98	Resolução Nº 38/2008 - ANVISA
RDC Anvisa nº 330/19	Portaria MS nº 186/16
Portaria MS nº 467/05	COFFITO 201/1999
Parecer Técnico Crefito-2 nº 003, de 09 abril de 2021	COFFITO nº 424, de 08 de julho de 2013 (Código de Ética Fisioterapia)
COFFITO nº 444, de 26 de abril de 2014	COFFITO nº 445, de 26 de abril de 2014
COFFITO nº 8, de 09 de maio de 1987	COFFITO - Parecer nº 05-1/2015 (Pilates)
COFFITO - Parecer nº 05-1/2015 (RPG)	COFFITO - Resolução nº 220/2001 (Quiropraxia/Osteopatia)
SONAFE - Parecer nº 02/2014	COFFITO - Resolução nº 8/1978

Obs.: Serão consideradas também as atualizações e sucessões de todas as normativas de regulação e organização da área da saúde

ANEXO "J" AO TERMO DE REFERÊNCIA N.º 83/2025 INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO

Visando a implementação de um nível de eficiência mínimo na prestação dos serviços, o credenciado seguirá um Instrumento de Medição de Resultado (IMR), celebrado com o CBMDF como parte do contrato, correspondente à avaliação do cumprimento das obrigações contratuais.

Pela prestação inapropriada dos serviços, serão aplicados ajustes de pagamento pela fiscalização do contrato pelo não atendimento das metas e obrigações estabelecidas, conforme o demonstrado no Quadro 1 - Deflatores.

O IMR será aplicado após a credenciada reincidir na mesma intercorrência contratual.

Os ajuste de pagamento serão informados à contratada, mediante notificação da Auditoria, previamente à emissão da Nota Fiscal.

As intercorrências contratuais e o respectivo grau devem observar as regras do Quadro 2 - Intercorrências Contratuais e aplicam-se sem prejuízo da possibilidade de aplicação de penalidades que tenham como causa o descumprimento de outras regras contratuais.

Solicitações não resolvidas, por problemas do CBMDF atestadas pelo gestor do contrato, como alteração no horário de expediente administrativo e situações que impeçam a execução do serviço, serão consideradas para verificação do cumprimento do IMR.

Especificamente para efeito de adequações de pagamento, às intercorrências contratuais são atribuídos graus, conforme as tabelas a seguir:

Quadro 1 - Deflatores

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
I	2% do valor da Fatura
II	2,5% do valor da Fatura
III	5% do valor da Fatura

Quadro 2 - Intercorrências Contratuais

ITEM	INFRAÇÃO	GRAU
01	Entrega das faturas pela credenciada/contratada para serem auditadas após o prazo de 60 (sessenta) dias corridos da data de atendimento ou, se internar, da data da alta do paciente quando conta única ou da data de fechamento das parciais de internação.	III
02	Entrega das faturas pela credenciada/contratada para serem auditadas após o prazo de 60 (sessenta) dias corridos da data da autorização do procedimento cirúrgico quando esta for liberada posteriormente a realização do mesmo.	III
03	Envio da fatura pelo sistema informatizado do CBMDF e demais tramitações após o prazo de 15 (quinze) dias corridos da realização da auditoria e liberação da conta pelo CBMDF.	II
04	Envio de documentação ilegível ou falta de documentos necessários para o pagamento	I
05	Apresentar Notas Fiscais com CNPJ divergente do cadastrado junto ao CBMDF.	II
06	Apresentar requisição de pagamento com os dados bancários divergentes da Carta Proposta	III

Obs: Excetua-se da condição do item 01 os procedimentos cirúrgicos cujas autorizações ocorram posteriormente à realização. Neste caso, o prazo de 60 (sessenta) dias é contado da data da autorização.

ANEXO "II" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

MODELO DE CARTA PROPOSTA (PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

À

Diretoria de Saúde do CBMDF

Seção de Credenciamento

Endereço: Diretoria de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal – sito ao SAIS – Qd. 04 Lote 05 – sala SACRE – Asa Sul – CEP 70602-900 – Brasília – DF.

Dados empresariais (Matriz)	
Nome Empresarial	
Nome Fantasia	
CNPJ	
Endereço	
CEP	
Telefone	

E-mail	
Dados Bancários	
Nome do Banco	
Agência	
Conta corrente	

Dados empresariais (Filial 1, Adicionar uma tabela como essa para cada filial)	
Nome Empresarial	
Nome Fantasia	
CNPJ	
Endereço	
CEP	
Telefone	
E-mail	

A instituição conforme os dados fornecidos acima, vem requerer seu credenciamento junto a esta Corporação, no intuito de prestar seus serviços aos beneficiários do Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, visto que adequa-se ao previsto no(s) subitem(s) (Listar quais especialidades a instituição vai oferecer) do item ___ do Termo de Referência nº ____, Anexo I ao Edital de Credenciamento N.º ____/20__-CBMDF, a saber:

Nº Subitem	Descrição
4.50	Clínicas de ortopedia
4.....	Clínicas de

Compromete-se desde já a oferecer, dentro da referida modalidade de atividade, os seguintes serviços:

O TEXTO DEVE CONTER AS SEGUINTE INFORMAÇÕES:

- Descrever todos os serviços que serão prestados. Se forem muitos, favor generalizar os itens de forma a abarcar todas as atividades que serão prestadas;
- Breve apresentação das atividades por unidades (matriz e filiais);
- Dias e horários de funcionamento das atividades por unidades;
- Descritivo dos ambientes/instalações físicas existentes por unidades;
- Levantamento dos aparelhos, equipamentos, maquinários e materiais relevantes existentes por unidades (série, modelo, fabricante).

(EXEMPLO)

"Realizamos, consultas, infiltrações, imobilizações gessadas e não gessadas entre tantos outros procedimentos da área de ortopedia, tanto na matriz, quanto na filial.

Somos uma clínica especializada em Ortopedia e Clínica da dor (Tratamento especializado para pacientes de dor crônica).

Possuímos uma estrutura que foi desenvolvida para o melhor atendimento de nossos pacientes/clientes, com isso temos capacidade para receber os pacientes ambulatoriais e também os de urgência na área ortopédica.

Realizamos, consultas, infiltrações, imobilizações gessadas e não gessadas entre tantos outros procedimentos da área de ortopedia, tanto na matriz, quanto na filial.

A matriz conta com: 1 recepção, 3 consultórios, 2 banheiros (1 PNE), 1 sala de gesso e 1 sala de procedimentos; A filial possui: 1 recepção, 2 banheiros (1 PNE), 2 consultórios, 1 sala de gesso e 1 sala de procedimentos.

Nosso horário de atendimento na matriz e na filial é de segunda à sexta 8:00 às 18:00.

A clínica possui um aparelho de Ondas de Choque da marca BTL, 4 computadores e 8 aparelhos de ar condicionado."

SUBITEM 4.50 - PROCEDIMENTOS DE ORTOPEDIA	
Código TUSS	Descrição
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO
20103301	INFILTRAÇÃO DE PONTO GATILHO
...	...

SUBITEM 4.XX - PROCEDIMENTOS DE XXXXXXXXX (Adicionar todos os procedimentos que a clínica vai disponibilizar para cada subitem)	
Código TUSS	Descrição
XXXXXXX	CONSULTA XXXXXXXXX
XXXXXXX	XXXXXXX
...	...

Para prestar quaisquer esclarecimentos relativos a esta proposta, bem como para acompanhamento da habilitação ao credenciamento e contratação, favor contatar o(a) Sr.(a) _____, pelo telefone nº _____ e Whatsapp nº _____. Para efeito do ora requerido, seguem anexos os demais documentos exigidos pelo Termo de Referência nº _____ e Edital nº _____, pelo qual esta instituição declara estar de pleno acordo com todas as suas cláusulas e condições, bem como assegura que todas as informações e documentos apresentados para o processo de habilitação ao credenciamento em saúde são verídicos e autênticos.

Informamos também que o(a) Sr.(a) _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, comunicável pelo telefone nº _____ e Whatsapp nº _____, fica instituído(a), neste ato, como preposto, dotado de plenos poderes para representar legalmente e intervir em nome desta interessada.

Brasília – DF, ____ de _____ de 20 ____.

 (Nome completo e assinatura do(s) representante(s) legal(is))
 (nº do(s) RG(s))
 (nº do(s) CPF(s))

ANEXO "III" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE
 (PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

Eu, (nome completo do representante da instituição), portador do CPF nº _____, representante da (Empresa, Associação, Instituição, etc. + Razão Social), sediada no(a) (Endereço + Complemento + Bairro), Brasília-DF, CEP _____, telefone _____ e e-mail " _____", de CNPJ nº _____, DECLARO sob as penas da lei que, até o momento da entrega da proposta de credenciamento à Seção de Credenciamento do CBMDF, inexistem fatos supervenientes que impeçam a "habilitação da contratação" da referida pessoa jurídica.

Certifico ainda que estou ciente da responsabilidade de declarar qualquer fato impeditivo posterior que desabone a habilitação e a contratação da entidade em questão.

Brasília - DF, ____ de _____ de 20 ____.

(Nome completo do representante legal)

(nº do RG)

(nº do CPF)

ANEXO "IV" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O CREDENCIAMENTO (PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

A instituição: _____, CNPJ/MF: _____, Endereço: _____
contratados: _____ **DECLARA**, para os devidos fins que possui as seguintes instalações, equipamentos e materiais, em perfeitas condições de uso e disponíveis para os serviços

1. INSTALAÇÕES:

2. EQUIPAMENTOS:

3. MATERIAIS

4. OUTROS (CITAR):

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura e Identificação do Representante legal da Licitante

ANEXO "V" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

Indicamos abaixo o técnico e/ou equipe técnica com que nos comprometemos a realizar o credenciamento.

Declaramos, para efeito de credenciamento, junto ao CBMDF, conforme disposto no Edital e seus anexos, informamos que o (s) responsável(ais) técnico(s) pela *****NOME DA INSTITUIÇÃO, CNPJ e ENDEREÇO***** _____:

Nome: _____ Conselho de Classe nº _____ Data de registro: __/__/__

Especialidade: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Conselho de Classe nº _____ Data de registro: __/__/__

Especialidade: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Conselho de Classe nº _____ Data de registro: __/__/__

Especialidade: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Conselho de Classe nº _____ Data de registro: __/__/__

Especialidade: _____ Assinatura: _____

Declaramos, outrossim, que todos as pessoas relacionadas pertencem ao nosso quadro técnico de profissionais permanentes ou com relacionamento junto à instituição, dentro das leis trabalhistas vigentes.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

ANEXO "VI" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

TABELA DE CORPO CLÍNICO

(PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

À Seção de Credenciamento,

Eu, (nome completo do representante da instituição), portador do CPF nº _____, Responsável Técnico da (Empresa, Associação, Instituição, etc. + Razão Social), sediada no(a) (Endereço + Complemento + Bairro), Brasília-DF, CEP _____, telefone _____ e e-mail " _____", de CNPJ nº _____,

Declaro que os profissionais abaixo relacionados são devidamente habilitados e plenamente competentes para o exercício de suas funções, conforme suas especialidades.

NOME	CPF	Nº DO REGISTRO NO CONSELHO	ESPECIALIDADE
XXXXXXX	XXX.XXX.XXX-XX	XXXXCRP	ABA
XXXXXXX	XXX.XXX.XXX-XX	XXXXCRM	ORTOPEDIA
...

Brasília, ____ de _____ de 20__

Responsável Técnico

ANEXO "VII" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

DECLARAÇÃO DE NÃO UTILIZAÇÃO DE MÃO DE OBRA INFANTIL / TRABALHO MENOR APRENDIZ

(PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

À Seção de Credenciamento.

Eu, (nome completo do representante da instituição), portador do CPF nº _____, representante da (Empresa, Associação, Instituição, etc. + Razão Social), sediada no(a) (Endereço + Complemento + Bairro), Brasília-DF, CEP _____, telefone _____ e e-mail " _____", de CNPJ nº _____, DECLARO sob as penas da lei, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos e mão-de-obra infantil.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz () .

Brasília – DF, ____ de _____ de 20__.

(Nome completo do representante legal)

(nº do RG)

(nº do CPF)

ANEXO "VIII" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

MODELO DE CONCORDÂNCIA COM AS POLÍTICAS DE GLOSA E DE VALORES A SEREM PRATICADOS PELO CBMDF

(PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

À Seção de Credenciamento.

Eu, (nome completo do representante da instituição), portador do CPF nº _____, representante da (Empresa, Associação, Instituição, etc. + Razão Social), sediada no(a) (Endereço + Complemento + Bairro), Brasília-DF, CEP _____, telefone _____ e e-mail " _____", de CNPJ nº _____, DECLARO sob as penas da lei, que concordo plenamente com as políticas de glosa e de valores estabelecidos no Termo de Referência Nº _____, Anexo I ao Edital de Credenciamento N.º _____, comprometendo-me a buscar solucionar amigavelmente quaisquer divergências em âmbito interno, sem impetrar litígios externos contra a Corporação no referente essas questões, pelos serviços de saúde que serão prestados ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, respeitando a sua decisão final.

Brasília – DF, ____ de _____ de 20__.

(Nome completo do representante legal)

(nº do RG)

(nº do CPF)

ANEXO "IX" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO
(PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

À Seção de Credenciamento.

Eu, (nome completo do representante da instituição), portador do CPF nº _____, representante da (Empresa, Associação, Instituição, etc. + Razão Social), sediada no(a) (Endereço + Complemento + Bairro), Brasília-DF, CEP _____, telefone _____ e e-mail " _____", de CNPJ nº _____, DECLARO sob pena de responder por crime de Falsidade Ideológica, nos termos do Art. 299, do Código Penal, para fins do disposto no Decreto Distrital nº 32.751 de 04 de fevereiro de 2011 e do Decreto Distrital nº 39.860 de 30 de maio de 2019, que não possuo cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, inclusive, na Administração Pública do Poder Executivo do Distrito Federal, ocupando cargo em comissão ou função de confiança, contratado temporariamente, contratado para estágio e/ou prestando serviços terceirizados e demais limitações contidas nas respectivas legislações citadas.

*Parentesco: pai/mãe, padrasto/madrasta, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, avós, netos, bisavós, bisnetos do servidor e de seu cônjuge/companheiro, bem como nas relações homoafetivas.

Brasília – DF, ____ de _____ de 20 ____.

(Nome completo do representante legal)
(nº do RG)
(nº do CPF)

ANEXO "X" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO COM O CBMDF
(PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

À Seção de Credenciamento.

Eu, (nome completo do representante da instituição), portador do CPF nº _____, representante da (Empresa, Associação, Instituição, etc. + Razão Social), sediada no(a) (Endereço + Complemento + Bairro), Brasília-DF, CEP _____, telefone _____ e e-mail " _____", de CNPJ nº _____, DECLARA, conforme o Decreto 32.751 de 04 de fevereiro de 2011 e Decreto Distrital nº 39.860 de 30 de maio de 2019 e suas respectivas alterações, que não possui em seu quadro societário, diretores ou responsáveis técnicos, membros que tenham qualquer vínculo com o CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, direto ou indireto, ativo ou inativo em saúde reconhecidos pelo CBMDF.

Brasília – DF, ____ de _____ de 20 ____.

(Nome completo do representante legal)
(nº do RG)
(nº do CPF)

ANEXO "XI" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

QUADRO REFERENCIAL DOS MOTIVOS DE GLOSA

Nº	MOTIVO	Nº	MOTIVO	Nº	MOTIVO	Nº	MOTIVO
1	Adicional de 30% fora do critério	17	Cobrança de taxa não pertinente	33	Guia autorizada para outro prestador	49	Laudo com data diferente da realização
2	Assinatura difere do documento	18	Conta/recurso fora do prazo	34	Guia autorizada para outro procedimento	50	Material permanente
3	Atendimento de caráter eletivo	19	Diárias em excesso	35	Guia/pedido fora da validade	51	Materiais/Anvisa diferente do autorizado
4	Atendimento por médico CBMDF	20	Diárias não autorizadas	36	Incluso no pacote	52	Medicação não prescrita/suspensa
5	Ausência de assinatura	21	Difere da autorização	37	Incluso no procedimento autorizado	53	Medicamento em desacordo com a prescrição
6	Ausência de autorização	22	Documento ilegível	38	Internação injustificada	54	Medicamento não genérico
7	Ausência de comprovante	23	Documento não original	39	Isolamento não comprovado por exame	55	Medicação sem justificativa para o uso
8	Ausência de data	24	Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente	40	Item acima do preço de mercado	56	Retorno de consulta
9	Ausência de discriminação do serviço ou produto	25	Duplicidade de cobrança	41	Item adquirido por familiar a seu critério	57	SADT/exames fora da tabela acordada
10	Ausência de documento do paciente/acompanhante	26	Exame sem laudo	42	Item fora da tabela acordada	58	Sobreposição de códigos
11	Ausência de evolução do profissional	27	Exame/procedimento em excesso	43	Item fora do período de cobrança	59	Somatória errada – cálculo
12	Ausência de guia CBMDF	28	Exame/procedimento incompatível com o diagnóstico	44	Item incluso na taxa	60	Urgência não caracterizada
13	Ausência de lacre	29	Exame/procedimento não coberto	45	Item injustificado para o caso	61	Valor acima do previsto
14	Ausência de nota fiscal	30	Exame/procedimento não realizado	46	Item não coberto	62	Outros motivos
15	Ausência de pedido médico original	31	Falta checagem/ carimbo/ identificação do profissional	47	Item não utilizado	63	Rasura
16	Cobrança em excesso	32	Guia autorizada para outro beneficiário	48	Justificar cobrança	-----	-----

ANEXO "XII" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

FORMULÁRIO DE RECURSO DE GLOSA

DADOS DO CREDENCIADO	
CNPJ:	Responsável pelo recurso:
TELEFONES:	E-mail:
DADOS DO RECURSO	
Fatura nº:	Guia(s) glosada(s) nº:

GUIA N°	ITEM GLOSADO	VALOR GLOSADO	VALOR QUESTIONADO	JUSTIFICATIVA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL				

Para uso da SEAUD/CBMDF

ITEM GLOSADO	VALOR QUESTIONADO	VALOR ACATADO	JUSTIFICATIVA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
TOTAL			

ANEXO "XIII" AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2025 - CBMDF

MINUTA DE CONTRATO

Havendo irregularidades neste instrumento, entre em contato com a Ouvidoria de Combate à Corrupção, no telefone 0800-6449060

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS n.º ____/20__ - CBMDF, nos termos do
Parecer Jurídico 29/2023 - PGDF/PGCONS.

Processo n.º LINK SEL.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS PARTES

1.1. O Distrito Federal, por intermédio do **CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**, doravante denominado **CBMDF**, inscrito no CNPJ sob o nº 08.977.914/0001-19, representado neste instrumento pelo (a) Cel. QOBM/Comb. _____, portadora do RG n.º ____ - CBMDF e do CPF n.º _____, Diretor(a) de Contratações e Aquisições, de acordo com o inciso XVI do art. 7º do Decreto n.º 7.163, de 29/04/2010 e combinado com a delegação de

competência prevista na Portaria n.º 21, de 24/03/2011 e a empresa/instituição _____, doravante denominada **CONTRATADA**, inscrita no CNPJ sob o nº ____/____/____, com sede na _____, CIDADE - UF, Tel.: (____) _____ e (____) _____, e-mail: _____ representada por _____, portador (a) do RG nº _____ SSP/____ e do CPF nº _____, conforme poderes conferidos pelo contrato social (LINK SEI) e Procuração (LINK SEI), na qualidade de _____.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PROCEDIMENTO

2.1. O presente Contrato obedece aos termos do _____ (LINK SEI), o Edital de Credenciamento nº _____ (LINK SEI), da Justificativa de Inexigibilidade de Licitação (LINK SEI), da Proposta (LINK SEI) baseada no Art. 74 c/c Art. 79 da Lei. 14.133/2021, além de outras normas aplicáveis à espécie.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO OBJETO

3.1. O Contrato tem por objeto a prestação de serviços de _____, consoante específica o Edital de Credenciamento nº _____ (LINK SEI), a Justificativa de Inexigibilidade de Licitação (LINK SEI) e a Proposta (LINK SEI), que passam a integrar o presente Termo.

CLÁUSULA QUARTA - DA FORMA E REGIME DE EXECUÇÃO

4.1. O Contrato será executado de forma indireta, sob o regime de empreitada por preço unitário, segundo o disposto nos inc. XXVIII do Art. 6º da Lei 14.133/2021.
4.2. Não será permitida a subcontratação parcial ou total do objeto.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR

5.1. O valor total do Contrato é de R\$ _____ (_____), devendo a importância ser atendida à conta de dotações orçamentárias consignadas no orçamento corrente – Lei Orçamentária 20__.

CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. A despesa correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária:

I – Unidade Orçamentária:

II – Programa de Trabalho: _____.

III – Natureza da Despesa: 44.90.52.

IV – Fonte de Recursos:

6.2. O empenho inicial é de _____ (_____), conforme Nota de Empenho nº _____, emitida em _____, sob o evento nº _____, na modalidade _____.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PAGAMENTO

7.1. O pagamento será feito, de acordo com as Normas de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Distrito Federal, em parcela (s), mediante a apresentação de Nota Fiscal, liquidada até ____ (____) dias de sua apresentação, devidamente atestada pelos fiscais do contrato.

7.1.1. A Nota Fiscal apresentada para fins de pagamento deve ser emitida pelo mesmo CNPJ constante na proposta de preços, **à exceção de empresas/instituições que sejam matriz e filial** (Acórdão nº 3.056/2008 – TCU – Plenário);

7.1.2. As Notas Fiscais apresentadas com CNPJ divergente da proposta de preços, **à exceção de empresas/instituições matriz e filial** (item 7.1.1, *in fine*), serão devolvidas pela Administração, para a devida correção (emissão de Nota Fiscal com o CNPJ correto).

7.2. A Nota Fiscal deverá ser emitida em nome do CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, CNPJ: 08.977.914/0001-19.

7.3. Para efeito de pagamento, a Contratada deverá apresentar os seguintes documentos:

a) Prova de Regularidade junto à **Fazenda Nacional** (Débitos e Tributos Federais), à **Divida Ativa da União** e junto à **Seguridade Social** (contribuições sociais previstas nas alíneas “a” a “d” do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 – contribuições previdenciárias e as às de terceiros), fornecida por meio da Certidão Negativa, ou Positiva com Efeito de Negativa, de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;

b) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, fornecido pela CEF – Caixa Econômica Federal, devidamente atualizado (Lei n.º 8.036/90);

c) Certidão de Regularidade com a Fazenda do Distrito Federal;

d) Certidão de regularidade relativa a débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, em plena validade, que poderá ser obtida no site www.tst.jus.br/certidao.

7.4. Os pagamentos, pelo CBMDF, de valores iguais ou superiores a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) serão feitos exclusivamente mediante crédito em conta corrente, em nome do beneficiário, junto ao Banco de Brasília S/A – BRB (Decreto Distrital nº 32.767, de 17 de fevereiro de 2011), exceto:

7.4.1. Os pagamentos à empresas/instituições vinculadas ou supervisionadas pela Administração Pública federal;

7.4.2. Os pagamentos efetuados à conta de recursos originados de acordos, convênios ou contratos que, em virtude de legislação própria, só possam ser movimentados em instituições bancárias indicadas nos respectivos documentos;

7.4.3. Os pagamentos a empresas/instituições de outros Estados da federação que não mantenham filiais e/ou representações no DF e que se credenciaram no âmbito deste ente federado.

7.5. Passados 30 (trinta) dias sem o devido pagamento por parte da Administração e desde que ela não tenha dado causa ao atraso, a parcela devida será atualizada monetariamente, desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento de acordo com a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA *pro rata tempore*.

7.6. Nenhum pagamento será efetuado à Contratada enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito do reajustamento de preços ou correção monetária (quando for o caso).

CLÁUSULA OITAVA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

8.1. O contrato terá vigência de 05 (cinco) anos, a contar de sua assinatura, prorrogável até o limite de 10 (dez) anos, conforme prescrições dos art. 106 e 107 da Lei Federal 14.133/2021.

CLÁUSULA NONA – DA RESPONSABILIDADE DO DISTRITO FEDERAL

9.1. O Distrito Federal responderá pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo e de culpa.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

10.1. A Contratada fica obrigada a apresentar ao Distrito Federal, sem prejuízo do estabelecido no Termo de Referência, Anexo I ao Edital de Credenciamento nº **01/2025 - CBMDF**:

10.1.1. até o quinto dia útil do mês subsequente, comprovante de recolhimento dos encargos previdenciários, resultantes da execução do Contrato;

10.1.2. comprovante de recolhimento dos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais.

10.2. Constitui obrigação da Contratada o pagamento dos salários e demais verbas decorrentes da prestação de serviço.

10.3. A Contratada responderá pelos danos causados por seus agentes.

10.4. A Contratada se obriga a manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

10.5. A Contratada declarará a inexistência de possibilidade de transferência ao Distrito Federal de responsabilidade por encargos trabalhistas, fiscais, comerciais e/ou previdenciários porventura inadimplidos, bem como a inexistência de formação de vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a Administração Pública.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

11.1. Toda e qualquer alteração deverá ser processada mediante a celebração de Termo Aditivo, com amparo no art. 132 da Lei nº14.133/2021, vedada a modificação do objeto.

11.2. A alteração de valor contratual, decorrente do reajuste de preço, compensação ou penalização financeira, prevista no Contrato, bem como o empenho de dotações orçamentárias, suplementares, até o limite do respectivo valor, dispensa a celebração de aditamento, podendo serem reajustados por simples apostila.

11.3. São motivos de realização de simples apostila:

a) variação do valor contratual para fazer face ao reajuste ou à repactuação de preços previstos no próprio contrato;

b) atualizações, compensações ou penalizações financeiras decorrentes das condições de pagamento previstas no contrato;

c) alterações na razão ou na denominação social do contratado;

d) empenho de dotações orçamentárias.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS PENALIDADES

12.1. Pelo descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições do presente Contrato, serão aplicadas as penalidades estabelecidas no Art. 156 da Lei 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO AMIGÁVEL

13.1. O Contrato poderá ser rescindido amigavelmente, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo, desde que haja conveniência para a Administração, bastando para tanto, manifestação escrita de uma das partes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem interrupção do curso normal da execução do Contrato, devendo ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA EXTINÇÃO CONTRATUAL

14.1. O Contrato poderá ser extinto por ato unilateral da Administração, reduzido a termo no respectivo processo, na forma prevista no Edital de credenciamento, observado o disposto no art. 137 da Lei nº 14.133/2021, sujeitando-se a Contratada às consequências determinadas pelo art. 156 desse diploma legal, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DOS DÉBITOS PARA COM A FAZENDA PÚBLICA

15.1. Os débitos da Contratada para com o Distrito Federal, decorrentes ou não do ajuste, serão inscritos em Dívida Ativa e cobrados mediante execução na forma da legislação pertinente, podendo, quando for o caso, ensejar a rescisão unilateral do Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA FISCALIZAÇÃO

16.1. O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal designará fiscais para o contrato, que desempenhará as atribuições previstas Lei Federal 14.133/2021, no Decreto Distrital nº 32.598/2010, Instrução Normativa 05/2017 - MPOG, Portaria CBMDF 12/2022 e demais normas de regência.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA PROIBIÇÃO DE CONTEÚDO DISCRIMINATÓRIO

17.1. Nos termos da Lei Distrital nº 5.448/2015, regulamentada pelo Decreto Distrital nº 38.365/2017, é estritamente proibido o uso ou emprego de conteúdo discriminatório, relativo às hipóteses previstas no art. 1º da mencionada Lei, podendo sua utilização ensejar a rescisão do Contrato e aplicação de multa, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA PROIBIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE MÃO DE OBRA INFANTIL

18.1. Nos termos da Lei nº 5.061/2013 e com fundamento no inciso XXXIII do artigo 7º e inciso I do §3º do artigo 227 da Constituição Federal, é vedada a utilização de mão de obra infantil no presente Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA PUBLICAÇÃO E DO REGISTRO

19.1. A eficácia do Contrato fica condicionada à publicação resumida do instrumento pela Administração, na Imprensa Oficial, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data.

19.2. Os contratos e seus aditamentos serão lavrados nas repartições interessadas, as quais manterão arquivo cronológico dos seus autógrafos e registro sistemático do seu extrato, salvo os relativos a direitos reais sobre imóveis, que se formalizam por instrumento lavrado em cartório de notas, de tudo juntando-se cópia ao processo que lhe deu origem.

20.1. Fica eleito o foro de Brasília, Distrito Federal, para dirimir quaisquer dúvidas relativas ao cumprimento do presente Contrato.

Pelo Distrito Federal:	Pela Contratada:
_____ Diretor de Contratações e Aquisições	_____ Representante legal

SIGNATÁRIO DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025

Cel. QOBM/Comb. Diretor de Contratações e Aquisições



Documento assinado eletronicamente por SUELI BOMFIM DE MATOS - Cel. QOBM/Comb. - Matr.01400139, Diretor(a) de Contratações e Aquisições, em 19/03/2025, às 18:54, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
verificador= 165570757 código CRC= 1B5CC049.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SAM Bloco D Módulo E - Palácio Imperador Dom Pedro II - QCG/CBMDF - CEP 70640-020 - DF